

Von Banting bis The Biggest Loser: Das (Re-)Framing der Verantwortung für Übergewicht vom 19. Jahrhundert bis heute

Temmann, Linn Julia

Erstveröffentlichung / Primary Publication

Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Temmann, L. J. (2020). Von Banting bis The Biggest Loser: Das (Re-)Framing der Verantwortung für Übergewicht vom 19. Jahrhundert bis heute. In D. Reifegerste, & C. Sammer (Hrsg.), *Gesundheitskommunikation und Geschichte: interdisziplinäre Perspektiven* (S. 1-29). Stuttgart: Deutsche Gesellschaft für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft e.V. <https://doi.org/10.21241/ssoar.71334>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY Licence (Attribution). For more Information see:
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

Von Banting bis The Biggest Loser: Das (Re-)Framing der Verantwortung für Übergewicht vom 19. Jahrhundert bis heute

Linn Julia Temmann

Universität Erfurt

Zusammenfassung

Die weltweit steigende Prävalenz von Übergewicht und Adipositas wird häufig auch als „Epidemie“ bezeichnet. Gleichzeitig werden Menschen mit einem hohen Körpergewicht in vielen Lebensbereichen stigmatisiert oder diskriminiert. Dazu gehört auch eine unvorteilhafte bis offen herabwürdigende Darstellung in den Medien, sei es in journalistischen Beiträgen, staatlichen Anti-Übergewichtskampagnen oder in Unterhaltungsformaten. Um zu erklären, warum Menschen mit einem höheren Körpergewicht so häufig abgewertet werden, ist das Konzept der Verantwortungszuschreibung besonders geeignet. Denn wie bei kaum einem anderen Gesundheitsproblem wird hier vorausgesetzt, dass die Regulation des Körpergewichts in der individuellen Verantwortung liegt, etwa durch eine disziplinierte Ernährung und Bewegung. In dem vorliegenden Beitrag gebe ich einen Überblick über vorherrschende Deutungsmuster zum Thema Verantwortung und Übergewicht vom 19. Jahrhundert bis heute. Anhand von historischen und aktuellen Beispielen aus Werbung, Literatur und strategischer Gesundheitskommunikation wird erläutert, welche Entwicklungen zum heutigen Verständnis von Übergewicht beigetragen haben. Unter Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstandes zum Responsibility Framing werden schließlich ethische Implikationen für die heutige Gesundheitskommunikation aufgezeigt.

Keywords: Übergewicht, Verantwortung, Attribution, Stigmatisierung, Framing

Summary

The rising prevalence of overweight and obesity worldwide is often referred to as an "epidemic". At the same time, people with a high body weight are stigmatized or discriminated against in many areas of life. This includes unfavorable to openly degrading portrayals in the media, whether in journalistic articles, governmental anti-obesity campaigns or entertainment media. In order to explain why people with a higher body weight are so often devalued, the concept of responsibility attribution is particularly suitable. This is because, in contrast to other health issues, it is assumed that the regulation of body weight is the individual's responsibility, for example through a disciplined diet and exercise. In this article I give an overview of prevailing interpretations of responsibility and obesity from the 19th century to the present. Using historical and current examples from advertising, literature and strategic health communication, I will explain which developments have contributed to today's understanding of obesity. Finally, taking into account the current state of research on responsibility framing, ethical implications for today's health communication will be discussed.

Keywords: Obesity, Responsibility, Attribution, Stigmatization, Framing

1 Einleitung

Von Reality-Shows wie *The Biggest Loser* bis hin zu Internet-Memes, die sich über Menschen mit einem hohen Körpergewicht lustig machen (Lupton, 2017). Die Botschaft, dass *fett* sein schlecht und Fett verlieren gut sei, begegnet uns oft in unserem Medienalltag. Die Bekämpfung von Übergewicht durch mehr Bewegung und gesunde Ernährung steht zudem im Zentrum nationaler Gesundheitskampagnen (Puhl, Peterson & Luedicke, 2013; Stanford, Tauqueer & Kyle, 2018).

Im Zusammenhang mit Übergewicht und Adipositas wird zuweilen auch von einer „Epidemie“ gesprochen (für ein recht aktuelles Beispiel siehe z. B. Friedrich, 2017), was ein höheres Körpergewicht dramatisiert, pathologisiert und zugleich nahelegt, dass betroffene Menschen von einer definierten Norm abweichen (Chang & Christakis, 2002). Die weltweit steigende Prävalenz von Übergewicht und Adipositas wird häufig proklamiert (prominent z. B. von der World Health Organization, 2020). Gleichzeitig sind *anti-fat prejudice* und *anti-fat bias*, also Vorurteile und Verzerrungen, die sich gegen höhergewichtige Menschen richten, in der öffentlichen Wahrnehmung ebenfalls weit verbreitet (Ich verwende in diesem Beitrag die deskriptiven Begriffe „*hohes Körpergewicht*“ bzw. „*höhergewichtig*“, da sie als weniger wertend wahrgenommen werden als etwa „*Adipositas*“, „*übergewichtig*“ oder „*dick*“; Meadows & Daníelsdóttir, 2016). Selbst Personen in Gesundheitsberufen und in der Wissenschaft tendieren zu impliziten Verzerrungen gegenüber höhergewichtigen Menschen (Schwartz, Chambliss, Brownell, Blair & Billington, 2003).

Solche Verzerrungen werden durch Stereotypisierung und Vorurteile manifestiert, was letztlich zu einer Stigmatisierung (*obesity stigma*) führen kann (World Health Organization, 2017). Infolgedessen werden Menschen mit einem hohen Körpergewicht in vielen Bereichen des alltäglichen Lebens diskriminiert, beispielsweise am Arbeitsplatz, in der Schule oder im Gesundheitssystem (Kinzl, 2016). Allein der Begriff „*Übergewicht*“ ist normativ gefärbt, da er suggeriert, dass die damit bezeichneten Körper von einer festgelegten Norm abweichen würden (wenn ich in diesem Beitrag über mediale und medizinische Diskurse spreche, in denen der Begriff vorkommt, greife ich dennoch darauf zurück).

Verzerrungen und Stigmatisierung können bewirken, dass Betroffene diese Sichtweisen verinnerlichen und sich selbst für vermeintlich übermäßiges Körpergewicht verurteilen, was wiederum mit negativen Effekten auf die psychische und physische Gesundheit verbunden ist (Pearl, White & Grilo, 2014; Puhl & Suh, 2015). Paradoxerweise verstärkt gerade die Stigmatisierung von Übergewicht ungesunde Essgewohnheiten (Vartanian & Porter, 2016) und kann zu psychischen Problemen, von der Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper bis hin zu Essstörungen, sozialen Phobien und Depressionen, führen (Kinzl, 2016). Man kann also durchaus davon sprechen, dass die starke gesellschaftliche Verurteilung, die mit Übergewicht und Adipositas einhergeht, mit Gesundheitsrisiken verbunden ist (siehe auch Bacon & Severson, 2019).

Der Wandel von Körperidealen ist in den vergangenen Jahrhunderten keineswegs linear verlaufen; auch kulturelle Unterschiede sind erkennbar, etwa zwischen afrikanischen und europäischen Ländern (Toselli, Rinaldo & Gualdi-Russo, 2016). Dennoch lassen sich neben der Stigmatisierung von Übergewicht aktuell auch andere Trends erkennen: In der Öffentlichkeit werden Stimmen lauter, die eine neutrale bzw. positive Wahrnehmung eines hohen Körpergewichts fördern wollen, insbesondere die *Body Positivity*-Bewegung in sozialen Medien (Cohen, Irwin, Newton-John & Slater, 2019; Wiedicke, Ech-Choṭbi & Temmann, 2019). Auch wissenschaftliche Diskurse, etwa der *Health-at-Every-Size*-Ansatz (Bacon, Stern, Van Loan & Keim, 2005) und die *Fat Studies* (Cooper, 2010), wollen neue Bedeutungsrahmen (*Frames*) zu diesem Thema etablieren. Doch welche historischen und gesellschaftlichen Entwicklungen haben überhaupt zu der negativen Wahrnehmung eines hohen Körpergewichts beigetragen, die aktuell zunehmend infrage gestellt wird?

Mit dem vorliegenden Beitrag verfolge ich das Ziel, den historischen Bedeutungswandel des Übergewichts vom 19. Jahrhundert bis heute zu beleuchten, um einen Überblick über vorherrschende Deutungsmuster zu geben. Das Konzept der Verantwortung ist in diesem Zusammenhang besonders relevant, weil es die Voraussetzungen dafür schafft, wie Übergewicht in der Öffentlichkeit wahrgenommen wird. Daher greife ich auf zwei theoretische Konzepte zurück, in denen Verantwortungszuschreibungen im Zentrum stehen: erstens auf den kommunikationswissenschaftlichen *Framing*-Ansatz (Entman, 1993), insbesondere das

Responsibility Framing (Iyengar, 1991; Semetko & Valkenburg, 2000), und zweitens auf die *Attributionstheorie* (Weiner, 2006). Im Anschluss widme ich mich einigen zentralen Entwicklungen und Begebenheiten, die zum *Framing* des Körpergewichts seit dem 19. Jahrhundert beigetragen haben. Anhand von zwei Beispielen aus dem Jahr 1930 werden zwei sehr unterschiedliche Perspektiven auf ein hohes Körpergewicht illustriert: zum einen die Betonung der Eigenverantwortung als zentrale Botschaft von Tabak- und Ernährungsindustrie, zum anderen die Konstruktion antisemitischer, rassistischer Stereotype über das Körpergewicht in nationalsozialistischer Propaganda.

Anschließend werden weitere Prozesse und Deutungen während des 20. Jahrhunderts beleuchtet, die als bedeutsam für heutige Übergewichts-Frames angesehen werden können. Der Fokus liegt dabei vor allem auf dem 20. Jahrhundert, in dem sich heute gängige Vorstellungen von Übergewicht verfestigt haben. Vor dem Hintergrund historischer Dokumente und aktueller Medienwirkungsstudien blicke ich zudem kritisch auf aktuelle Anti-Übergewichtskampagnen. Schließlich wird die jüngere Geschichte näher beleuchtet, in der soziale und wissenschaftliche Bewegungen neue Frames rund um ein hohes Körpergewicht aufwerfen. Abschließend möchte ich diskutieren, was die heutige Gesundheitskommunikation in Theorie und Praxis aus den historischen Perspektiven auf Übergewicht und *Fatness* lernen kann.

2 Theoretische Bezüge und Vorannahmen

Responsibility Framing im Kontext von Übergewicht

Als *Framing* wird jener Prozess in den Medien bezeichnet, durch den bestimmte Aspekte eines Themas ausgewählt und besonders betont werden (Entman, 1993). Medienframes definieren ein Problem, bieten eine moralische Bewertung an und weisen auf Ursachen und Lösungen des Problems hin. Wird in den Medien Verantwortung für soziale Probleme zugeschrieben, spricht man auch von *Responsibility Frames* (Semetko & Valkenburg, 2000). Mediale Verantwortungszuschreibungen können die öffentliche Meinung über bestimmte soziale Phänomene prägen (Iyengar, 1991). Dazu gehört auch die Meinung über Gesundheitsthemen wie Übergewicht und Adipositas (Kim & Willis, 2007). Wie Übergewicht in den Medien gerahmt wird, hat Auswirkungen für Betroffene: Werden in einem

Medienbeitrag höhergewichtige Menschen persönlich für ihr Körpergewicht verantwortlich gemacht, sind Rezipient*innen etwa eher dazu bereit, sie im Alltag zu diskriminieren (Frederick, Saguy & Gruys, 2016). Die Umwälzung gängiger Deutungsmuster, sowohl aufseiten der Medien als auch aufseiten der Gesellschaft, wird als *Reframing* bezeichnet. Bereits vor über einem Jahrzehnt fand eine Studie von Lawrence (2004), dass hinsichtlich der Verantwortungszuschreibung für Übergewicht in den Jahren 1985 bis 2003 ein *Reframing* stattgefunden hatte. Laut den Ergebnissen wurden Umweltfaktoren im Laufe der Zeit stärker berücksichtigt, während individuelle Verantwortungszuschreibungen zurückgingen. Die Daten bezogen sich jedoch lediglich auf Artikel in der *New York Times*.

Inhaltsanalysen zeigen, dass Verantwortung für verschiedene Gesundheitsprobleme in der Medienberichterstattung häufig dem Individuum zugeschrieben wird (z. B. Gounder & Ameer, 2018; Kim & Willis, 2007; Stefanik-Sidener, 2013; Zhang, Jin, Stewart & Porter, 2016), obwohl sich in manchen Kontexten durchaus Trends zu mehr gesellschaftlicher Verantwortung abzeichnen (z. B. Jarlenski & Barry, 2013). Doch insbesondere bei Übergewicht wird in der journalistischen Berichterstattung vorrangig die individuelle Verantwortung betont (Atanasova & Koteyko, 2017; Barry, Brescoll & Gollust, 2013; Brownell, Kersh, Ludwig, Post, Puhl, Schwartz & Willett, 2010; De Brun, McKenzie, McCarthy & McGloin, 2012; Gearhart, Craig & Steed, 2012; Kim & Willis, 2007; Maher, Fraser & Wright, 2010).

Auch in neueren Medien wie beispielsweise auf YouTube wird die Verantwortung für Übergewicht vor allem den Betroffenen und ihrem Verhalten zugeschrieben (Yoo & Kim, 2012). Inwiefern also tatsächlich ein *Reframing* von Übergewicht stattgefunden hat, ist durchaus fraglich. Die Zuschreibung individueller Verantwortung in den Medien fördert die Auffassung, dass Übergewicht durch Verhaltensveränderungen zu lösen sei, was Stigmatisierung und Diskriminierung verschärfen kann (Frederick et al., 2016; Kinzl, 2016).

Zum *Framing* von Gesundheitsverantwortung lässt sich folgendes Zwischenfazit ziehen: Ein individuelles *Framing* kann zu einer eher negativen Wahrnehmung und letztlich zu einer Stigmatisierung von Betroffenen eines Gesundheitsproblems führen. Bei *Responsibility Frames* auf der Individualebene kann jedoch noch zwischen zwei unterschiedlichen Kategorien von

Ursachen und Lösungen unterschieden werden: biologische sowie solche, die mit dem individuellen Verhalten zusammenhängen. Gerade das individuelle Verhalten wird zumeist als kontrollierbar aufgefasst, was die Gefahr einer Stigmatisierung des so verursachten Gesundheitsproblems erhöht.

Übergewicht aus Sicht der Attributionstheorie

Wer als krank diagnostiziert wird, ist eigentlich von den normalen gesellschaftlichen Rollenerwartungen ausgenommen, wie Talcott Parsons' Konzept der *Sick Role* erklärt (Parsons, 1951, 1975). Diese ist mit Rechten und Pflichten verbunden: Der erkrankten Person wird keine Schuld für ihren Zustand gegeben, weil jegliche Form der Bestrafung dysfunktional für das gesellschaftliche Zusammenleben wäre. Die erkrankte Person ist darüber hinaus von der Erfüllung anderer sozialer Erwartungen ausgenommen (beispielsweise bei einer Grippe zuhause im Bett zu bleiben und damit die eigene Gesundheit zu fördern, anstatt zur Arbeit zu gehen und als ökonomisch produktives Gesellschaftsmitglied zu handeln; Varul, 2010).

Interessanterweise gelten diese Rechte für Übergewicht nicht. Übergewicht wird zugleich als Zeugnis und Resultat einer mangelnden Selbstdisziplin gesehen (Martschukat, 2017; Sender & Sullivan, 2008). Das Recht, weniger leistungsfähig zu sein, wird Personen mit einem hohen Körpergewicht verwehrt. Im Gegenteil wird an sie die gesellschaftliche Erwartung gestellt, ihren Zustand mit harter Arbeit überwinden zu müssen (Sender & Sullivan, 2008). Trotzdem haben sie sich an die Regel zu halten, gesund werden (bzw. abnehmen) zu wollen, welche die *Sick Role* (Parsons, 1951) für sie festschreibt.

Dass Übergewicht offenbar andere Reaktionen auslöst als etwa eine Grippe, könnte damit zu erklären sein, dass es ein Zustand ist, der nicht unbedingt mit einem (objektiven) Ausfall an Leistungsfähigkeit verbunden ist. Doch dies trifft auch auf chronische Erkrankungen wie etwa Parkinson oder Epilepsie zu. Daher ist auch die Deutung des Übergewichts als eigenständige Krankheit umstritten; das Deutungsschema der *Sick Role* greift nicht restlos. Einerseits gilt Adipositas als medizinisch zu behandelnde Krankheit, andererseits streitet man über die Grenzwerte des pathologischen Übergewichts, die insbesondere durch den Body Mass Index (BMI) bestimmt werden (Stoll, 2019; Nuttall, 2015).

Ein entscheidendes Kriterium bei der Wahrnehmung von Übergewicht scheint das Fehlen der Unschuldsvermutung zu sein, was Übergewicht von der *Sick Role* anderer Gesundheitsproblemen unterscheidet. Höhergewichtige Menschen werden, wie im vorherigen Kapitel gezeigt, von der Gesellschaft für ihr Körpergewicht und dessen gesundheitliche Folgen selbst verantwortlich gemacht. An dieser Stelle setzt die sozialpsychologische Attributionstheorie an: Zentral darin ist die bereits im vorherigen Abschnitt kurz eingeführte Dimension der Kontrolle. So löst nicht jede Erkrankung dieselbe Reaktion aus, sondern vielmehr die Auffassung darüber, ob deren Ursache als kontrollierbar wahrgenommen wird. Beispielsweise kann einer höhergewichtigen Person durchaus Sympathie entgegengebracht werden, wenn ihr Körpergewicht einer Schilddrüsenerkrankung zugeschrieben wird (im Kontrast zu vermeintlich kontrollierbarer Überernährung; Weiner, 1993).

Den Betroffenen bei Übergewicht und Adipositas wird nicht nur die Verantwortung zugeschrieben, ihren Zustand selbst verursacht zu haben, sondern auch, ihr „Problem“ eigenverantwortlich zu lösen (Puhl & Brownell, 2003). Wer Individuen selbst die Verantwortung für ihre gesundheitlichen Probleme zuschreibt, ist allerdings weniger bereit, sie sozial zu unterstützen (Jeong, 2007; Lundell, Niederdeppe & Clarke, 2013; Weiner, 1993); die Rechte der *Sick Role* gelten für diese Menschen nicht mehr, die Verpflichtungen (gesund werden zu wollen, Compliance innerhalb der medizinischen Therapie) hingegen schon. Dies trifft insbesondere auf dadurch stigmatisierte Gesundheitsprobleme wie Suchterkrankungen, sexuell übertragbare Krankheiten und eben auch Übergewicht bzw. Adipositas zu, solange sie vorrangig als individuell bedingt wahrgenommen werden (Weiner, 1993).

Weil die Attributionstheorie Mechanismen der Verantwortungszuschreibung erklären kann, wird sie in der Forschung zu *Responsibility Frames*, insbesondere in Framingeffektstudien, häufig eingesetzt (Temmann, Wiedicke, Schaller, Reifegerste & Scherr, 2020). Mediale *Responsibility Frames* für Übergewicht können bewirken, dass Verantwortung unterschiedlich zugeschrieben wird (Shen, Lee, Sipes & Hu, 2012), was wiederum einen Einfluss auf die emotionalen Reaktionen (Major, 2011) und das Verhalten (Coleman, Thorson & Wilkins, 2011; Major, 2018; Sun, Krakow, John, Liu & Weaver, 2016) der Rezipierenden haben kann.

Zusammenfassend lässt sich somit sagen, dass die Attribution von Verantwortung bei der öffentlichen Meinungsbildung zu Übergewicht und Adipositas eine zentrale Rolle spielt. Im Gegensatz zu anderen Gesundheitsproblemen wie etwa Grippe oder Epilepsie, bei denen laut Parsons (1951) eine Unschuldsumsetzung gilt, wird die Verantwortung für Übergewicht und Adipositas beim Individuum verortet. Folgt man der Attributionstheorie nach Weiner (1993, 2006), so ist vor allem die wahrgenommene Kontrollierbarkeit der Ursache ein starker Prädiktor für die Stigmatisierung höhergewichtiger Menschen (Puhl & Brownell, 2003) und kann ebenso die emotionalen Reaktionen und das Verhalten gegenüber Betroffenen beeinflussen.

Gesellschaftliche Einflüsse auf Körperideale

Wer ein hohes Körpergewicht hat, gilt heute im Einklang mit der Attributionstheorie (Weiner, 2006) häufig als faul, unattraktiv und weniger leistungsfähig (Kinzl, 2016; Sender & Sullivan, 2008). Die Vorstellung eines idealen Körpers hingegen ist schlank, diszipliniert und attraktiv. In diesem Kapitel gehe ich auf die Frage ein, warum es überhaupt unterschiedliche Körperideale gibt und welchen Einfluss gesellschaftliche Kontexte auf die Vorstellung eines idealen Körpers haben.

Weit verbreitet ist die Hypothese, dass sich Menschen vor allem dann der Frage widmen, wie sie ihre Kalorienaufnahme limitieren und so ihren Körper kontrollieren können, wenn Nahrungsmittel im Überfluss verfügbar sind (Martschukat, 2017). Umgekehrt soll ein höhergewichtiges Schönheitsideal vor allem unter solchen gesellschaftlichen und historischen Umständen vorherrschen, in denen die Versorgung mit Nahrungsmitteln instabil ist (Anderson, Crawford, Nadeau & Lindberg, 1992). In Kontexten des Mangels gelten Körper mit einem hohen Gewicht als Ausdruck von Wohlstand, Fruchtbarkeit und als widerstandsfähig gegenüber Krankheiten.

In Überflussgesellschaften ist demgegenüber angesehen und erwünscht, wer sich angesichts des reichlichen Lebensmittelangebots disziplinieren kann und zusätzlich durch Bewegung überschüssiges Gewicht abtrainiert. Anderson et al. (1992) fanden in einer kulturübergreifenden Befragung heraus, dass (weibliche) Körper mit einem höheren Gewicht tatsächlich vor allem in kulturellen Kontexten bevorzugt wurden, in denen die Lebensmittel-

versorgung unsicherer war. Die Gegenannahme, also dass ein schlankes Schönheitsideal auf einen gesellschaftlichen Nahrungsmittelüberschuss zurückzuführen sei, konnte in dieser Studie hingegen nicht empirisch belegt werden.

Eine Literaturübersicht von Swami (2015) verdeutlicht, dass Unterschiede in den Körperidealen heute häufig nicht zwischen ganzen Kulturen, sondern eher zwischen Gruppen mit hohem versus niedrigem sozioökonomischem Status gefunden werden können. Dieser Blick auf die Literatur zu interkulturellen Unterschieden hinsichtlich gesellschaftlicher Körperideale zeigt, dass es keine singuläre Erklärung für unterschiedliche Körperideale gibt. Vielmehr sind diese das Ergebnis eines Zusammenspiels verschiedener gesellschaftlicher Wandlungsprozesse wie Globalisierung, Verwestlichung und Modernisierung.

Swami stellt beispielsweise fest, dass die zunehmende Verbreitung westlicher Medieninhalte (u.a. in Fiji und Malaysia) seit den 1980er Jahren den Wandel hin zu einem schlankeren Körperideal in diesen Ländern begünstigt hat. Auch Individualisierung und Konsumdenken haben dazu beitragen, Schlankheitsideale und im Umkehrschluss eine Abneigung gegen hohes Körpergewicht voranzutreiben, wie dies etwa ab Mitte des 20. Jahrhunderts in Japan geschehen ist (Swami, 2015). Doch selbst die genannten gesellschaftlichen Wandlungsprozesse können nicht jegliche Schwankungen von Körperidealen erklären; auch kurzfristig und begrenzt auftretende Phänomene wie etwa eine steigende Prävalenz von HIV/AIDS können dazu führen, dass ein höheres Körpergewicht in manchen Kontexten bevorzugt wird (Swami, 2015).

3 Framing vor und während des 19. Jahrhunderts

Welches Körpergewicht gesellschaftlich erwünscht ist, ist also immer auch vom historischen, gesellschaftlichen und kulturellen Kontext abhängig, den man betrachtet. In diesem Abschnitt möchte ich darüber hinaus anhand eines Diätatgebers und einer wissenschaftlichen Publikation aus dem 19. Jahrhundert verdeutlichen, dass Framingprozesse um das Übergewicht nicht als linear betrachtet werden können.

Häufig wird in der Literatur darauf hingewiesen, dass ein höheres Körpergewicht bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts nur für einen geringen, wohlhabenden

Teil der Bevölkerung erreichbar war und aufgrund dessen mit positiven Attributen wie Wohlstand, Fruchtbarkeit und Schönheit verknüpft war (siehe z. B. Farrell, 2011; Oliver, 2006; Schorb, 2015; Stoll, 2019). Für die Wertschätzung höhergewichtiger Körper lassen sich auch zahlreiche historische und kunsthistorische Beispiele finden. Venusdarstellungen der Renaissance im 15. und 16. Jahrhundert betonten beispielsweise vorgewölbte Bäuche, ein Doppelkinn oder rundliche Gliedmaßen. Barockmaler Peter Paul Rubens prägte mit seinen Bildern von üppigen Frauenkörpern den noch heute verwendeten Ausdruck „Rubensfigur“. August II. von Polen (1670–1733), genannt August der Starke, wurde trotz medizinischer Bedenken seiner Ärzte für sein hohes Körpergewicht bewundert, etwa vom Schriftsteller und Aufklärer Johann Michael von Löen: „Der Bau seines Leibes ist stark, untersetzt und wohlgewachsen.“ (zit. n. Doubek, 2007, S. 59).

Noch Mitte des 19. Jahrhunderts empfahl die Zeitschrift *Harper's Bazaar*, die sich vor allem an bürgerliche Frauen richtete, ihrem Publikum zur Erhaltung ihrer weiblichen „Kurven“ mehr Sahne und Butter zu essen und weniger Sport zu treiben, was für die Präferenz eines noch eher höhergewichtigen (weiblichen) Körperideals spricht (McKinley, 1999, S. 97). Die Jahrhundertwende vom 19. ins 20. Jahrhundert wird von manchen als Wendepunkt der Gewichtswahrnehmung betrachtet (siehe z. B. Schorb, 2015). Doch es gibt auch historische Dokumente, die schon lange vor Beginn des 20. Jahrhunderts darauf hindeuten, dass ein hohes Körpergewicht zuweilen bereits als unerwünscht galt. Beispielsweise wurde Übergewicht schon während des Mittelalters mit moralischem Versagen und Völlerei in Verbindung gebracht (Stunkard, LaFleur & Wadden, 1998).

Ein besonders bedeutendes Dokument ist der *Letter on Corpulence* des englischen Bestatters William Banting von 1863, der als einer der ersten populären Diätatgeber gilt. Banting hatte es nach eigener Aussage geschafft, innerhalb eines Jahres 23 Kilogramm abzunehmen, indem er einer speziellen, fleischreichen und kohlenhydratarmen Diät folgte. Der Diätatgeber ist gleichzeitig ein frühes Dokument für die (Selbst-)Verurteilung von Übergewicht, wie das folgende Zitat illustriert: „I am confident no man labouring under obesity can be quite insensible to the sneers and remarks of the cruel and injudicious in public assemblies, public vehicles, or the ordinary street traffic. [...] He naturally keeps away as much as possible from places where he is likely to be made the

object of the taunts and remarks of others.“ (Banting, 1993, ursprünglich 1863, S. 154 f.)

Bantings Veröffentlichung wurde schon nach kurzer Zeit zum Bestseller und wird unter anderem für die daraufhin ansteigende Beliebtheit von Diäten verantwortlich gemacht (Huff, 2015). Obwohl Mediziner den Nutzen der Banting-Diät anzweifelte und sich gar über den begleitenden Mediziner, den Ohrenarzt William Harvey, lustig machten (Pennington, 1954), ging die Popularität von Bantings Buch so weit, dass die Bezeichnung „Bantingism“ in den englischen Sprachgebrauch überging und bis heute immer wieder neue Varianten der Banting-Diät aufkamen. Der *Letter on Corpulence* vermittelte seinen Leser*innen, Übergewicht sei ein krankhafter Zustand, der mit Disziplin und Mäßigung überwunden werden könne – und schrieb so (wenig überraschend für einen Diätatgeber) die Verantwortung den individuellen Betroffenen zu. Im Anhang hob Banting die Diät gar auf eine Stufe mit Medizin („if properly regulated it becomes in a certain sense a medicine“ Banting, 1993, S. 160); eine noch heute durchaus gängige Verknüpfung, wenn man aktuelle Ernährungstrends wie Low Carb und Superfoods in Betracht zieht, die Krankheiten vorbeugen und angeblich sogar heilen sollen.

Das wissenschaftliche Fachpublikum war von Bantings Veröffentlichung allerdings weniger überzeugt. Mediziner suchten schon lange vor Bantings *Letter on Corpulence* nach den Ursachen und möglichen Lösungen für Übergewicht. Beispielsweise vertrat der Chirurg William Wadd 1829 die These, dass Übergewicht durch pathologische Genußsucht verursacht werde, insbesondere durch den übermäßigen Genuss von Fleisch und Alkohol. Wadds Fallstudien, in denen er seine Patienten häufig selbst zu Wort kommen ließ, verdeutlichen, dass Übergewicht schon im England des frühen 19. Jahrhunderts weitgehend unerwünscht war und als unattraktiv und vulgär aufgefasst wurde. In seinen Fallstudien zitierte er aus dem Brief einer seiner übergewichtigen Patienten folgendermaßen: „Nothing, it is universally admitted, can be more ungraceful and unsightly [sic] than a fat habit of body. It causes a man to look like a beef-eater, and gives to the whole person an air of extreme vulgarity“ (Wadd, 1829, S. 54).

Dennoch erkannte Wadd auch an, dass Übergewicht nicht einzig und allein ein Wohlstandsproblem ist. In seiner Fallstudie (der einzigen einer Frau in seinem selbst illustrierten Werk „Comments on Corpulency“)

schrieb er: „The fair sex are not exempted from the inconveniences of obesity [...] When I first saw her she was an immense mass of disease, with all the restlessness of thought, accompanying the domestic miseries of poverty.” (Wadd, 1829, S. 75) Aus Wadd's Fallstudie sprach neben der Gleichsetzung von Übergewicht und Krankheit – und diese Empfindung erstaunt zunächst, wenn man Wadd's übrige Fallstudien betrachtet – auch Mitleid.

Seine Reaktion könnte aus Perspektive der Attributionstheorie darauf zurückzuführen sein, dass er die Ursache für das Übergewicht der beschriebenen Frau nicht direkt ihrem Verhalten (übermäßigem Alkoholkonsum) zuschrieb, sondern vor allem der Armut, unter der sie litt. Diese Art der Attribution ist vor dem Hintergrund zweier Überlegungen bemerkenswert. Erstens wurden Übergewicht und die Bemühungen, dieses zu bekämpfen, im 19. Jahrhundert häufig noch eher in den wohlhabenden denn ärmeren Gesellschaftsschichten verortet (Schorb, 2015). Zweitens ist die Frage, welchen Einfluss Armut auf Ernährung, Körpergewicht und Gesundheit haben kann, in der Gegenwart hochaktuell (siehe z. B. Claassen, Klein & Corneille, 2016; Levine, 2011), weshalb Wadd's Verknüpfung von Übergewicht und Armut ungewöhnlich modern erscheint.

In früheren Zeiten des Mangels als Wohlstandssymbol verehrt, in heutigen Wohlstandsgesellschaften als Genusssucht verurteilt – so simpel kann die Geschichte der Übergewichtswahrnehmung nicht zusammengefasst werden. Der Bedeutungswandel des Körpergewichts verlief nicht linear, sondern ist bis heute von Nuancen und Veränderungen der Körperideale gekennzeichnet. Manche der Überlegungen, die man sich vor bis zu 200 Jahren zum Thema Übergewicht machte, prägen auch heute noch Diskurse und Praktiken zum Thema Körpergewicht: etwa Low Carb-Diäten, negative Stereotype sowie die Verbindung zwischen Körpergewicht und sozioökonomischem Status. Wie viel Körpergewicht als zu viel gilt, welche Ursachen und Lösungen für Übergewicht herangezogen werden und wie Übergewicht gesellschaftlich beurteilt wird, ist aber keineswegs universell, sondern immer von unterschiedlichen historischen und gesellschaftlichen Kontexten abhängig. Im Folgenden werde ich das *Framing* des Übergewichts daher nicht linear-chronologisch nachzeichnen, sondern historische Dokumente heranziehen, um einzelne Übergewichtsfames zu veranschaulichen. Diese werde ich in den jeweiligen historischen Kontext einbetten.

4 Körpergewicht in den 1930er Jahren

Eigenverantwortung als Marketingstrategie

Ein hohes Körpergewicht wurde in der US-amerikanischen Gesellschaft der 1920er und 30er Jahre mit Genusssucht und Leistungsschwäche assoziiert. Dies machten sich Wirtschaftsunternehmen zunutze und befeuerten diese Assoziation weiter, beispielsweise die British American Tobacco Company mit einer heute bizarr erscheinenden Werbekampagne für die Marke Lucky Strike. (Lucky Strike, 1930, siehe Abbildungen 1 und 2 im Anhang).

Auf den Plakaten aus den 1930er Jahren sind sowohl Männer als auch Frauen in sportlichen Posen zu sehen. Daneben sind übergewichtige Versionen ihrer Selbst abgebildet, die wie eine Bedrohung des schlanken Idealbildes erscheinen. Die Werbung empfiehlt, lieber zur Zigarette zu greifen, anstatt übermäßig viel zu essen („When tempted to over-indulge / Reach for a Lucky instead“). Die Bildsprache der Werbung macht deutlich, dass ein hohes Körpergewicht mit unerwünschten Attributen wie Unsportlichkeit und mangelnder Disziplin verbunden wurde, während Schlanksein als attraktiv und erstrebenswert galt. Auf der Textebene schrieb die Zigarettenmarke den Konsument*innen eine Verantwortung für ihr eigenes Körpergewicht zu und suggerierte dabei, dass Übergewicht schlecht, aber vermeidbar sei. Die so ausgelöste Angst vor einem hohen Körpergewicht sollte zum Zigarettenkonsum anregen, der wiederum Vitalität, Jugendlichkeit und vor allem eine schlanke Figur versprach.

Zugleich lässt sich aus der Werbung einiges über die damaligen Geschlechterverhältnisse in Bezug auf die Gewichtskontrolle und Übergewicht ableiten. Während die Betrachter*innen des männlichen Modells dazu aufgefordert werden, nicht aufzugeben („DON'T SURRENDER“), baut das Plakat mit der weiblichen Protagonistin ein Drohszenario auf („IS THIS YOU FIVE YEARS FROM NOW?“), sodass schon auf der Textebene Männlichkeit mit Aktivität bzw. Kämpfen, Weiblichkeit hingegen mit Passivität verknüpft wird.

Die männliche Darstellung zielt darüber hinaus eher auf die Assoziation von männlicher Leistungsfähigkeit, körperlicher Fitness und Kraft ab, was sich an den sichtbaren Muskeln und der Pose ablesen lässt, ebenso wie an die Anlehnung an die Basketballkleidung der 1920er Jahre. Zusammen mit

der Kampfmetapher (nicht „aufzugeben“) wird dadurch die Vorstellung vermittelt, dass schlanke Männer wettbewerbsfähiger und leistungsfähiger seien als höhergewichtige. Das weibliche Modell ist demgegenüber eher objektiviert dargestellt: Sie trägt einen Badeanzug und der Fokus liegt auf ihren langen, schlanken Beinen und ihrer schmalen Taille.

Nicht so sehr die körperliche Leistungsfähigkeit, sondern vielmehr Attraktivität und Jugendlichkeit stehen hier im Vordergrund. Im Umkehrschluss deuten diese Darstellungen auch darauf hin, dass Übergewicht je nach Geschlecht durchaus unterschiedlich beurteilt wurde. Während Übergewicht bei Männern mit mangelnder Körperkraft und Leistungsschwäche verbunden wurde, schien es bei Frauen vor allem die körperliche Attraktivität zu gefährden.

Die Handlungsempfehlungen in der *Lucky-Strike*-Werbung sind aus heutiger Sicht nicht nur als höchst zweifelhaft anzusehen (epidemiologische Studien zur krebserregenden Wirkung von Tabak wurden erst ab 1950 publik, wenn auch schon in den 1920er und 30er Jahren Verbindungen zu Lungenkrebs hergestellt wurden; Musk & De Klerk, 2003), sondern auch als Ausdruck einer stark individuell-kontrollierbaren Verantwortungszuschreibung für das Körpergewicht.

An dieser Stelle lohnt sich ein Blick auf die Parallelen zwischen der PR- und Werbekommunikation von Tabak- und Ernährungsindustrie, denn historisch gesehen war die Betonung der Eigenverantwortung eine zentrale Botschaft beider Branchen. Nachdem Anfang der 1960er Jahre der epidemiologisch gesicherte Zusammenhang von Tabakkonsum und chronischen Erkrankungen öffentlich gemacht worden war, konzentrierte sich die Tabakindustrie in ihrer öffentlichen Kommunikation auf eine Strategie, die Verantwortung den Verbraucher*innen überschrieb (Brownell & Warner, 2009). Ihnen wurde ein verantwortungsvoller Umgang mit den Konsumgütern zugetraut, was eine staatliche Intervention unnötig machen sollte.

Dieses Skript wurde später von der Ernährungsindustrie übernommen und wird bis heute fortgeschrieben, wenn Forderungen nach Regulierungen und Verboten lauter werden. Grund für diese Forderungen ist, dass die Vermarktung energiereicher, nährstoffarmer Lebensmittel wie zuckerhaltige Getränke oder Junk-Food von der Ernährungsforschung als ein wesentlicher Treiber für

die steigende Prävalenz von Übergewicht und Adipositas gesehen wird (Sonntag, Schneider, Mdege, Ali & Schmidt, 2015).

Eine Tabakwerbung wie die gezeigte aus den 1930er Jahren wäre heute zwar hinsichtlich der Handlungsempfehlungen nahezu undenkbar; dennoch herrschen in den Medien noch immer individuelle Verantwortungsframes für das Körpergewicht vor, nicht nur in der Werbung, sondern auch in journalistischen Medien (Barry, Jarlenski, Grob, Schlesinger & Gollust, 2011; Bonfiglioli, Smith, King, Chapman & Holding, 2007; Henderson, Coveney, Ward & Taylor, 2009).

Übergewicht in der NS-Ideologie

Anders als im genannten *Lucky-Strike*-Beispiel aus den USA verhielt es sich in den 1930er Jahren in Deutschland. Die individuelle Verantwortung dafür, den Körper schlank und somit schön und leistungsfähig zu halten, ging in der Zeit von der Weimarer Republik zum „Dritten Reich“ in eine kollektive Verantwortung über (Weinert, 2017). In der Ideologie des Nationalsozialismus wurde dem Körper eine besondere Bedeutung beigemessen – die moralische Dimension des Körpergewichts wurde intensiviert und mit einer antisemitischen Rassenideologie verschmolzen. In der NS-Zeit wurde der Körper zum Schauplatz einer sozialdarwinistischen Bevölkerungspolitik, sodass auch von einem „Volkskörper“ als eigenständiger Organismus gesprochen wurde, den es gesund und leistungsfähig zu machen galt (Wildmann, 1998).

Dem Schwerpunkt des Volkskörpers in der NS-Zeit widmet sich ein anderer Beitrag in diesem Band (Graf & Schiefeneder), sodass ich mich hier auf einen Aspekt beschränke, um die Bedeutung des Körpergewichts in der Zeit des Nationalsozialismus zu beleuchten. Speziell möchte ich auf die Konstruktion der „Herrenrasse“ in Abgrenzung zum „fremdrassigen Untermenschen“ (Betz, 2010) eingehen, die ich anhand eines Beispiels – einer Seite aus dem NS-Propaganda-Bilderbuch *„Trau keinem Fuchs auf grüner Heid und keinem Jud auf seinem Eid“* – aufzeige.

Der Körper spielte bei der Konstruktion des jüdischen Feindbildes eine wichtige Rolle (Betz, 2010). Dem „Neuen Menschen“ – ein durch kollektive Anstrengungen zu realisierendes, „reinrassiges“ Idealbild, das Teil der nationalsozialistischen Ideologie

war (Haring, 2018) – wurden Attribute wie körperliche Kraft, Schönheit, Gesundheit und Leistung zugeschrieben. Demgegenüber wurde der „fremdrassige Untermensch“ über seinen Körper als „materialistisch und parasitär, feige, hässlich und hinterhältig“ inszeniert.

Betrachtet man antisemitische Karikaturen aus der Zeit kurz vor und zu Beginn des Nationalsozialismus, fällt tatsächlich auf, dass die Abgrenzung von „Herrenrasse“ und „Gegenrasse“ auch über das Körpergewicht erfolgte. So wurde der Stereotyp des kapitalistischen Juden häufig als überproportional *fett* dargestellt (siehe z. B. *Karikatur eines fetten jüdischen Bankiers als Ergebnis der Bolschewistischen Weltrevolution*, 1941), was Assoziationen mit Gier, Materialismus und unehrlicher Arbeit erwecken sollte. Um bereits Kindern antisemitische Klischees und eine klare Unterscheidung der „jüdischen Rasse“ von der „arischen Herrenrasse“ anzuerziehen, fanden sich im genannten Kinderbuch der damals 18-jährigen Kunststudentin Elvira Bauer unter anderem zwei Bilder, die einen „Arier“ und einen „Juden“ zeigen (siehe Abbildung 3 im Anhang).

Nicht nur werden hier rassistische, antisemitische Stereotype abgebildet – das Feindbild wird auch über das Körpergewicht konstruiert. Körpermuskeln werden mit dem landwirtschaftlichen Werkzeug des Spatens verbunden und darüber mit Leistungsfähigkeit, konkret der Fähigkeit zu körperlich anstrengender Arbeit, assoziiert. Auf dem unebenen, natürlichen Untergrund steht so ein entschlossener, arbeitsbereiter und -fähiger Idealkörper, der mit seinen blonden Haaren nicht nur das arische Ideal repräsentiert, sondern auch das der ehrlichen, nützlichen Arbeit. Das wird vor allem in der Gegenüberstellung mit „dem Juden“ deutlich, der durch das Bildarrangement vor dem strengen Blick des „Ideal-Ariers“ einzuknicken scheint.

Ausgestattet mit Zigarre, Zeitung und Aktentasche, gekleidet in einen Dreiteiler mit Nadelstreifenhose und Lederschuhen ist hier der Stereotyp des jüdischen Kapitalisten ins Bild gesetzt. Vor allem die Körperhaltung erweckt im Vergleich mit dem aufrechten Arier den Topos der (Charakter-)Schwäche und Unredlichkeit in der Arbeit. Und auch körperlich wird diese Figur als das pejorativ Andere des nationalsozialistischen Ideals inszeniert: klein und rundlich statt hochgewachsen und muskulös. Durch ihr unterschiedliches Körpergewicht, das letztlich sogar das Bildformat und die Perspektive bestimmt, werden die beiden Personen deutlich voneinander abgegrenzt.

Übergewicht wird hier nicht als das eigentliche Problem definiert, weshalb uns diese Darstellung keine direkten Schlüsse auf das *Framing* von Verantwortung erlaubt. Spätestens zu Beginn des Zweiten Weltkriegs geriet die Kontrolle des Körpergewichts ohnehin wieder in den Hintergrund, weil Rationierungen und Mangelwirtschaft andere Schwerpunkte setzen ließen (Lengwiler & Madarász, 2010). Allerdings macht das gezeigte Beispiel deutlich, dass die Abgrenzung von „fitten“ und „fetten“ Körpern, die sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts zugespitzt hatte (Martschukat, 2017; Schorb, 2015), während der NS-Zeit keineswegs verschwand. Vielmehr wurden sie in die biologistische, antisemitische Rassenlehre des Nationalsozialismus integriert, in der ein schlanker, kräftiger Körper idealisiert und andere massiv abgewertet wurden.

5 Übergewicht von 1945 bis 1990

Medikalisierung: Übergewicht als Risikofaktor

Zur Mitte des 20. Jahrhunderts waren Untergewicht und Mangelernährung in der deutschen Bevölkerung reale Gesundheitsrisiken; Übergewicht hingegen war kaum ein Thema (Hirschfelder, 2018). Erst ab 1948 stieg das durchschnittliche Körpergewicht in den westlichen Besatzungszonen langsam wieder an (Thoms, 2011). Die USA hingegen waren Deutschland in Sachen Wohlstand und Konsum um mehr als ein Jahrzehnt voraus (Schildt, 2009). In den späten 1950er Jahren verbreitete sich dann auch ein quantitativer und qualitativer Wohlstand zumindest in Westdeutschland. Neue Lebensmittel wie exotische Früchte, Bohnenkaffee und Gewürze, aber auch hochkalorische Lebensmittel wie Sahne, Butter oder Schweinefleisch waren besonders gefragt, weil sie als Ausdruck US-amerikanischer Fortschrittlichkeit einen hohen kulturellen Stellenwert besaßen (Hirschfelder, 2018; Schildt, 2009).

Erst ab den späten 1960er Jahren gerieten neue Gesundheitsrisiken, die mit Konsum und Körpergewicht assoziiert waren, in beiden deutschen Staaten in den Fokus der Öffentlichkeit – insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Lengwiler & Madarász, 2010, S. 24). In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde Übergewicht zunehmend als medizinisches Problem konzeptualisiert – nicht nur in den USA, sondern mit etwas Zeitverzögerung auch in Europa (Chang & Christakis, 2002; Schorb, 2015). Parallel rückten biologische und genetische Ursachen für Übergewicht und Adipositas in den Fokus der

Medizin, ebenso wie deren mögliche Folgen und Risiken (siehe auch *metabolisches Syndrom*; Moebus & Stang, 2007).

Folgt man den Annahmen der Attributionstheorie (Weiner, 2006) müssten Menschen mit einem hohen Körpergewicht bzw. Adipositas eigentlich weniger Ablehnung und mehr Sympathie erfahren, wenn die Ursachen als biologisch und somit als nicht kontrollierbar aufgefasst werden. Dennoch kann man nicht davon sprechen, dass die Medikalisierung von Übergewicht dazu geführt hätte, höhergewichtige Menschen zu de-stigmatisieren – im Gegenteil kommt im Einklang mit Parsons' *Sick Role* (Parsons, 1951) noch die Verantwortung hinzu, in eine medizinische Behandlung einzuwilligen, wenn Übergewicht als ein zu behandelndes medizinisches Problem geframed wird.

Darüber hinaus birgt dieser so genannte *Medical Frame* das Risiko, dass ein multifaktorielles Problem auf eine einzige innere Ursache reduziert wird: Indem man Übergewicht auf medizinische Ursachen und Lösungen begrenzt, wird eine politische Diskussion um die gesellschaftliche und strukturelle Verantwortung umgangen (Lawrence, 2004, S. 62). Und auch wenn die moralische Komponente von Übergewicht im *Medical Frame* vermeintlich abgeschwächt wird, werden Ursachen und Lösungen laut Chang & Christakis (2002) letztlich immer noch im Körper des Individuums verortet. Ihre Inhaltsanalyse eines medizinischen Lehrbuchs aus den USA von 1927 bis 2002 ergab, dass dem Individuum im Laufe der Jahrzehnte aber seltener die Verantwortung für Übergewicht bzw. Adipositas zugeschrieben wurde. Gesellschaftliche Einflüsse wurden hingegen häufiger berücksichtigt: Die Verantwortung für Übergewicht hatte sich hin zu medizinischen sowie politischen Institutionen verlagert. Auch das Essverhalten, das in den vorangegangenen Jahrzehnten noch unter den Aspekten der Willenskraft und der persönlichen Kontrolle betrachtet worden war, wurde zunehmend durch genetische, aber auch soziale Einflüsse erklärt.

Ab Anfang der 1960er Jahre setzte sich zunehmend ein Risikofaktorenmodell der Gesundheit durch, das auf Ebene der Bevölkerung empirisch alle Prädiktoren und Vorläufer bestimmter chronisch-degenerativer Erkrankungen zusammenfassen sollte (Franzkowiak, 2018). Ein solches Verständnis von Gesundheitsprävention spitzte Gesundheit auf schädliche Verhaltensmuster wie Rauchen, ungesunde

Ernährung und Bewegungsmangel zu, was Individuen zu einer stärkeren Selbstkontrolle, -überwachung und -optimierung verpflichtete. Individuelle, alltägliche Verhaltensweisen rückten zunehmend in den Fokus der Präventionsbemühungen und somit auch der Gesundheitskommunikation (Lengwiler & Madarász, 2010, S. 24). In Bezug auf Übergewicht und Adipositas bedeutete dies, dass Ernährung und Bewegung von alltäglichen Gewohnheiten zu Gesundheitsverhalten umgedeutet wurden. Somit geriet der Bereich der Krankheitsprävention wiederum in die Verantwortung des Individuums. Lengwiler & Madarász (2010) sprechen von einem „individualistischen Leitbild des präventiven Selbst“, das von Selbstdisziplinierung und Selbstkontrolle geprägt sei (Lengwiler & Madarász, 2010, S. 24).

Mit der steigenden Prävalenz chronischer Erkrankungen sowie dem Aufkommen des Risikofaktorenmodells veränderte sich auch die Modulierung der *Sick Role*. Eine vollständige Heilung konnte schließlich nicht garantiert werden. Eine völlige Ausnahme von normalen gesellschaftlichen Rollenerwartungen kann bei einer chronischen Erkrankung nicht länger aufrechterhalten werden. Menschen mit chronischen Erkrankungen wurde also anstelle von kurzfristigen Akuttherapien ein gesunder Lebensstil verordnet, um ihre Symptome zu verbessern und wieder leistungsfähig zu werden bzw. zu bleiben. In ähnlicher Weise wurden auch zunehmend gesunden Menschen Handlungsempfehlungen für ein gesundes Leben verschrieben: Sie wurden zu „chronisch Gesunden“ („chronically healthy“, Varul, 2010, S. 17f).

Dieser von Sozialwissenschaftler*innen seit den 1980er Jahren kritisierte, gesellschaftliche „Gesundheitszwang“ („Healthism“, Crawford, 1980) wurde maßgeblich von der Präventivmedizin mitgetrieben, die ihre Patientengruppe immer weiter vergrößerte (Franzkowiak, 2018). Dazu gehörten nunmehr auch Personen mit einem höheren Körpergewicht, das als einer der wichtigsten Risikofaktoren für Diabetes mellitus und kardiovaskuläre Erkrankungen angesehen wurde. Hierdurch hat sich auch die Einschätzung erhärtet, ein hohes Körpergewicht selbst sei ungesund und gar krankhaft, was sich in neu aufkommenden Erkrankungsbildern wie dem metabolischen Syndrom oder auch in der Pathologisierung des Essverhaltens bei Adipositas widerspiegelte (Moebus & Stang, 2007; Schorb, 2015).

Übergewicht als Risikofaktor oder als eigene Krankheit zu verstehen, kann jedoch aus mehreren Gründen kritisch betrachtet werden. Erstens wird eine Kausalbeziehung von Körpergewicht und Gesundheit impliziert, die auf individueller Ebene nur schwer nachzuweisen ist (Franzkowiak, 2018). Auch die Vorstellung, dass Adipositas lediglich auf ein pathologisches Essverhalten zurückzuführen sei, konnte von Experimentalstudien nicht hinreichend belegt werden (Schorb, 2015). Es wird gleichzeitig verschleiert, dass das Körpergewicht und insbesondere der BMI auf individueller Ebene meist völlig unzureichende Indikatoren für den Gesundheitszustand sind (Reiheld, 2015). Neuere Forschung legt außerdem nahe, dass Gewichtsdiskriminierung und Stigmatisierung durchaus als Gesundheitsrisiken gelten können (Alegria Drury & Louis, 2002; Kinzl, 2016; World Health Organization, 2017). Eine präventivmedizinische Pathologisierung und Therapeutisierung von Übergewicht mag damit Gesundheitsrisiken senken – aber produziert wiederum selbst solche.

Ab den 1980er Jahren war in der Medienberichterstattung zum Thema Übergewicht häufig von einer „Epidemie“ (*obesity epidemic*) die Rede (für ein neueres Beispiel siehe Friedrich, 2017). Verschärft wurde diese Betrachtung auch durch die kontinuierliche Anpassung der BMI-Werte, welche die Grenzen für Übergewicht und Adipositas festlegen. Im Jahr 1998 setzte die World Health Organization (WHO) die BMI-Grenzwerte für Übergewicht in den USA herab, und zwar von 27,8 für Männer und 27,3 für Frauen auf einen Wert von jeweils 25. Dadurch wurden Millionen Amerikaner*innen, die zuvor noch als normalgewichtig gegolten hatten, praktisch „über Nacht“ übergewichtig (Nuttall, 2015).

Der *Epidemie-Frame* vereint zwei Auffassungen von Verantwortung: Zum einen verweist der medizinische Terminus der Epidemie auf die Medikalisierung von Übergewicht – also die Entwicklung hin zu einem Problem, für dessen Lösungen sich die Medizin verantwortlich erklärt (Chang & Christakis, 2002). Zum anderen signalisiert der Epidemie-Begriff eine Krise gesamtgesellschaftlichen Ausmaßes mit dringendem Handlungsbedarf (Martschukat, 2017; Schorb, 2015). Trotz der Berücksichtigung gesellschaftlicher und biologischer Einflüsse wird das Individuum jedoch nur scheinbar von der Verantwortung für das eigene Körpergewicht freigesprochen. Vielmehr wurden die Ursachen der *obesity epidemic* in individualisierten Gesellschaften

trotz ihrer Spannweite letztlich auf massenhaftes individuelles Versagen zurückgeführt (Martschukat, 2017), auch wenn die Ernährungsindustrie (insbesondere in den USA) wegen ihrer stark verarbeiteten Lebensmittel und einer Überversorgung mit Kalorien zunehmend in die Kritik geriet (Brownell & Warner, 2009).

Umgang mit Übergewicht in DDR und BRD

Dieser Individualisierungsprozess ums Übergewicht findet sich auch in der staatlichen Gesundheitsprävention wieder, was ich in diesem Abschnitt anhand einiger historischer Dokumente aus der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) und der Bundesrepublik Deutschland (BRD) veranschauliche. Bereits in der Nachkriegszeit wurde Übergewicht auf staatlicher Ebene adressiert – in Deutschland zunächst vor allem in der DDR, da in der Bundesrepublik politische Skepsis gegenüber bevölkerungsbezogenen Ansätzen und Zugriffen in Sachen Krankheit und Gesundheit bestand (Thoms, 2011). Ein Großteil der staatlichen Bemühungen in beiden deutschen Staaten Übergewicht und Adipositas vorzubeugen, fiel damals wie heute in die Kategorie der Aufklärung und Information, speziell der Ernährungsbildung (Eichhorn & Nagel, 2010). Ab den 1950er Jahren wurden sowohl in der DDR als auch in der BRD zahlreiche Publikationen herausgegeben, um die Bevölkerung über Gesundheitsverhalten, insbesondere den „richtigen“ Konsum von Nahrungsmitteln und ein gesundes Maß an Bewegung, aufzuklären (Thoms, 2011).

In der DDR waren diese Bemühungen zentral gesteuert; alle zur Verfügung stehenden Kommunikationskanäle von der Broschüre bis hin zum Film wurden gezielt für die gesundheitliche Aufklärung zum Thema Übergewicht genutzt (Thoms, 2011, S. 104). Ein Beispiel für diese Bemühungen ist der Film *Wegweiser Gesundheit – Bewegung*, der vom Deutschen Hygiene-Museum Dresden produziert wurde (Deutsches Hygiene-Museum, 1974; Offermann, 2019). Darin verpasst der Protagonist Herr Bergmann, ein höhergewichtiger Mann im mittleren Alter, aufgrund mangelnder körperlicher Ausdauer seinen Bus. Außerdem hat er sichtliche Schwierigkeiten beim Treppensteigen; er schwitzt, schnauft und ist außer Atem. Diese Alltagsprobleme veranlassen ihn zu der Frage, warum er nicht mehr so leistungsfähig sei wie früher. Sein Arzt bescheinigt Herrn Bergmann, dass seine Herzfrequenz bei Anstrengung zu stark ansteige und sich anschließend

zu langsam wieder normalisiere. Als Therapie verschreibt er seinem Patienten Bewegung. Zeitsprung, ein halbes Jahr später: Herr Bergmann besucht erneut seinen Arzt, der feststellt, dass seine Herzfrequenz sich nun wieder im gesunden Bereich bewege. Doch weil man „Trainingserfolge nicht speichern kann“, müsse der Protagonist körperliches Training zu einer Gewohnheit werden lassen. Passanten machen sich zwar über den vorbeijoggenden Herrn Bergmann lustig („Der hat doch ‚nen Tick!“), doch der Erzähler mahnt: „Sie begreifen nicht, was sie noch nicht tun. Oder anders: Er hat sich begriffen.“

Herr Bergmann, der sich zuvor schwitzend und gestresst die Treppe hinaufgequält und auf dem Ergometer abgestrampelt hatte, wirkt jetzt entspannt und leichtfüßig; in der letzten Einstellung zwinkert er den Zuschauer*innen zu. Der abschließende Slogan richtet sich direkt ans Publikum: „Sei klug, lebe gesund“ und bringt damit die moralische Überlegenheit, die Herr Bergmann durch seine neue, gesunde Gewohnheit erreicht hat, auf den Punkt. Im Film geht es insbesondere um Herzgesundheit und nicht explizit um das Körpergewicht als Risikofaktor; körperliche (Un-)Fitness und Körpergewicht werden allerdings durch die Wahl des höhergewichtigen Protagonisten miteinander verflochten.

Seit den 1960er Jahren wurden kardiovaskuläre Erkrankungen ein immer größeres Problem in der Bevölkerung, für das man sowohl in der BRD als auch in der DDR einen dringenden politischen Handlungsbedarf sah (Offermann, 2019). Zu den virulenten Risikofaktoren zählten laut dem Risikofaktorenmodell ein bewegungsarmer Lebensstil und Übergewicht, was der *Wegweiser Gesundheit* eindrucksvoll miteinander verknüpfte. Die Topoi des Bus-Verpassens und der Luftnot beim Treppensteigen stehen dabei für das individuelle und moralische Versagen, sich gesund und verantwortungsvoll zu verhalten. Die Lösung lautet aus Sicht des Films, die Verantwortung für die Gesundheit, wenngleich mit professioneller Hilfe eines Arztes, selbst in die Hand zu nehmen. Somit illustriert dieses Aufklärungsvideo, dass auch in der DDR, ein teils stark individualisiertes Verständnis von Krankheitsprävention vorherrschte. Trotz staatlicher Bemühungen war die Prävalenz von Übergewicht nach der Wiedervereinigung unter den ehemaligen DDR-Bürger*innen höher als im Westen (Thoms, 2011).

Weniger umfangreich war das staatliche Programm zur Reduktion von Übergewicht in der BRD. Vor allem

Frauen und Mütter wurden für das Körpergewicht ihrer Familie verantwortlich gemacht; Aufklärungskampagnen adressierten also insbesondere Hausfrauen (Thoms, 2011). Zu einem großen Teil wurde die Ernährungskommunikation in der BRD jedoch dem freien Markt überlassen – schließlich war ein schlanker Körper nicht nur aus Sicht der Präventivmedizin erwünscht, sondern spiegelte auch das gesellschaftliche Schönheitsideal wider. Wer diesem Ideal nicht entsprach, wurde keineswegs zum Verzicht, sondern zum Konsum der ab Ende der 1960er Jahre aufkeimenden, industriell hergestellten Diätlebensmittel angeregt.

Die Limonadenmarke *Lift* warb etwa 1978 unverblümt mit dem Claim „Schlank ist schön“ für ihre Diätlimonade, die sich laut eigenen Angaben zur „Reduktionsdiät bei Diabetes und Übergewicht“ eignen sollte (Lift, 1978). In den drei Anzeigen der Werbekampagne ist jeweils eine blonde, sehr schlanke Frau fotografiert. Die Modelle posieren jeweils in einer anderen, entspannt-passiven Haltung im Bikini, Badeanzug bzw. knappen Sportdress mit der Limonade und verkörpern das klassische Werbebild des Konsumierens, um schlank und schön zu werden. Bildsprache und Botschaft der westdeutschen *Lift*-Werbung von 1978 erinnern somit durchaus an das bereits diskutierte US-amerikanische *Lucky Strike*-Plakat von 1930, allerdings mit dem Unterschied, dass die Verknüpfung von Schlankheit und (weiblicher) Attraktivität im deutschen und fast 50 Jahre jüngeren Beispiel noch expliziter gemacht wird. Produkte aus dem rasant wachsenden Segment der Diabetiker*innen- und Diätprodukte versprachen Gewichtsverlust, ohne auf beliebte Nahrungsmittel wie Butter, Käse, Limonade oder Konfitüre verzichten zu müssen.

Die Freiheit wurde von Pharma- und Lebensmittelindustrie genutzt, um Diätlebensmittel und -medikamente massiv zu bewerben, was dazu führte, dass die amtlichen Gesundheitskommunikatoren in der BRD nicht Schritt halten konnten. Vereinzelte Bedenken an der Wirksamkeit von Diätprodukten vonseiten der medizinischen und ernährungswissenschaftlichen Forschung wurden von den Verbraucher*innen und der Politik lange Zeit nicht ernst genommen. Ulrike Thoms (2011, S. 110) erinnert etwa an die Zeitschrift *Der Diabetiker*, die im redaktionellen Teil immer wieder darauf hinwies, dass gesunde Ernährung auch mit natürlichen Lebensmitteln möglich sei, zugleich jedoch viele Werbeanzeigen für Diätprodukte beinhalten.

Lebensmittel und Pharmazeutika für den Gewichtsverlust erfreuten sich einer großen Beliebtheit, wohingegen staatlich finanzierte Aufklärung nicht die erwünschte Wirkung zeigte – die Prävalenz von Adipositas stieg seit den 1960er Jahren stetig an (Branca, Nikogosian & Lobstein, 2007). Die mangelnde Regulierung der Diätindustrie in der BRD hatte außerdem zur Folge, dass pharmazeutische Appetitzügler trotz fehlender Evidenzen ungehindert beworben werden durften. Erst nach mehreren publik gewordenen Arzneimittelskandalen in der Bundesrepublik, unter anderem um die Appetithemmer Menocil (1968) und Phentermin (1971), wurde der Gesetzgeber tätig und begann, sich mit Pharmazeutika für den Gewichtsverlust auseinanderzusetzen (Thoms, 2011).

6 Das Framing von Übergewicht seit den 2000ern

Supersize Me vs. The Biggest Loser

Die Aushandlung von Übergewichtsframes findet auch in Unterhaltungsmedien statt. Zwei populäre Formate, die in den 2000er Jahren das Thema Übergewicht adressierten, waren bzw. sind die Dokumentation *Super Size Me* (2004) und die Doku-Soap *The Biggest Loser* (seit 2004). Anhand dieser Beispiele sollen an dieser Stelle zwei gegensätzliche Positionen illustriert werden, die auch heute noch häufig kontrastiert werden: ein individueller vs. gesellschaftlicher *Responsibility Frame*.

Das 2004 erschienene Doku-Drama *Supersize Me* stellte Zuschauer*innen zu Beginn die Frage: „Are the food companies solely to blame for this epidemic? Where does personal responsibility stop, and corporate responsibility begin?“ (Spurlock, 2004) Diese Einleitung verdeutlicht bereits, dass der Film von einem gesellschaftlichen Krisenframe der *obesity epidemic* ausging. In dem dokumentierten Selbstexperiment aß der Regisseur Morgan Spurlock 30 Tage lang nur noch Produkte der zahlreichen McDonald's-Restaurants in New York und schränkte seine körperliche Aktivität auf maximal 5.000 Schritte pro Tag ein. Am Ende des Monats wog Spurlock nicht nur gut 11 Kilogramm mehr, sondern spürte auch negative Auswirkungen auf seine Gesundheit, unter anderem Stimmungsschwankungen, Entzugserscheinungen und sexuelle Dysfunktion.

Unter Verwendung einer quasi-wissenschaftlichen Methode und dem Einsatz von Stilmitteln wie Expertenaussagen, Statistiken und Humor bezichtigte

Spurlock mit *Super Size Me* die Ernährungsindustrie (insbesondere McDonald's), für die *obesity epidemic* verantwortlich zu sein (Singer, 2011). Der Dokumentarfilm wurde auch in Deutschland breit rezipiert; der Spiegel bezeichnete Spurlock etwa in einem Artikel als „Robin Hood der Übergewichtigen“ und berichtete, dass McDonald's die im Film kritisierte Supersize-Option abgeschafft und gesündere Optionen wie Salate eingeführt hatte, ohne jedoch einen Zusammenhang zum Film einzugestehen (Borcholte, 2004). *Super Size Me* porträtierte Übergewicht als Ursache für psychische und körperliche Krankheiten sowie körperlichen Verfall und reproduzierte dadurch die Frames von Übergewicht als Krankheit und gesellschaftliche Gesundheitskrise.

Dabei positionierte sich die Dokumentation jedoch klar gegen den Eigenverantwortungs-Frame der Ernährungsindustrie und stellte Übergewicht als strukturelles Problem dar, das vor allem auf einen gesellschaftlichen Trend zum unterwegs konsumierten Fast Food (in Abgrenzung zum zuhause frisch zubereiteten, gesunden Essen) zurückzuführen sei. Daneben reproduzierte Spurlock aber auch die Vorstellung, dass ein Wandel der Mutterrolle für die Ernährungskrise verantwortlich sei: „When I was growing up, my mother cooked dinner every single day.“ (Spurlock, 2004) Durch den Wandel der Arbeitswelt seien immer mehr Mütter berufstätig geworden, wodurch sich dann der Trend zum Auswärts-Essen etablieren konnte, der McDonald's florieren ließ. Auch wenn *Super Size Me* also vor allem einen gesellschaftlichen Frame verwendete, schrieb das Doku-Drama einen Teil der Verantwortung auch berufstätigen Müttern zu. Die gängige Praxis, Frauen für das Körpergewicht ihrer Kinder, Ehemänner und ganzer Nationen verantwortlich zu machen, bezeichnet Farrell (2015) als *motherblaming*.

Einen anderen Frame als *Super Size Me*, wo der Fokus am Ende dennoch vor allem auf der unternehmerischen und gesellschaftlichen Verantwortung liegt, vermittelt dagegen die Sendung *The Biggest Loser*. Die Reality-TV-Show startete 2004 zunächst in den USA und hat bis heute zahlreiche Staffeln und internationale Ableger hervorgebracht, unter anderem auch in Deutschland, wo ab Januar 2020 die 12. Staffel ausgestrahlt wurde. In der Fernsehshow treten mehrere Kandidaten*innen gegeneinander an. Ziel ist es, so viel Gewicht wie möglich zu verlieren; wer durch ein striktes Diät- und Sportprogramm am meisten Gewicht verliert, gewinnt

eine Geldprämie. *The Biggest Loser* vermittelt die Botschaft, Gewichtsverlust sei einzig und allein das Ergebnis individueller Anstrengungen und Disziplin, Übergewicht hingegen das Resultat mangelnder Selbstkontrolle. Manche Gesundheitsexpert*innen sprachen dem Format zwar durchaus bildendes Potenzial zu, da es die Relevanz einer gesunden Ernährung und ausreichend Bewegung für die Gesundheit betonte; viele kritisierten jedoch, dass *The Biggest Loser* unrealistische, ungesunde Methoden des Gewichtsverlustes vermittele (Sender & Sullivan, 2008; Yoo, 2013). Eine Studie von 2016 untermauerte diese Bedenken zum Teil, indem sie offenbarte, dass die untersuchten *The Biggest Loser*-Kandidat*innen nach sechs Jahren wieder substanziell an Gewicht zugenommen hatten, auch wenn das Programm im Vergleich zu anderen Interventionen zur Gewichtsreduktion als erfolgreich bewertet wurde (Fothergill et al., 2016).

Unabhängig von den körperlichen Folgen für die Kandidat*innen konnten unterschiedliche Wirkungen und Lesarten bei Rezipient*innen von *The Biggest Loser* festgestellt werden. Kontrovers diskutiert wurde die Sendung von den Teilnehmer*innen einer multimethodischen Rezeptionsstudie von Sender und Sullivan (2008). Während einige Zuschauer*innen es als positiv bewerteten, durch *The Biggest Loser* überhaupt höhergewichtige Körper im Fernsehen repräsentiert zu sehen, berichteten andere, die Art der Darstellung sei ihnen unangenehm. Insbesondere das Entblößen der Körper beim Wiegen wurde von den Zuschauer*innen als degradierend empfunden. Dennoch gefiel vielen Zuschauer*innen, dass *The Biggest Loser* harte Arbeit und Entschlossenheit als Lösungen für Übergewicht betonte. Tatsächlich ließ sich in der Show die Reproduktion von mit Männlichkeit assoziierten Werten (z. B. harte Arbeit, Wettbewerb, körperliche Grenzen überwinden) erkennen (Sender & Sullivan, 2008, S. 580). Zuschauer*innen schätzten an *The Biggest Loser*, dass die Teilnehmer*innen für ihren Erfolg selbst arbeiten müssten, was im Gegensatz zu anderen Reality TV-Formaten steht, in denen bariatrische bzw. plastische Chirurgie für die Reduktion des Körpergewichts eingesetzt werden.

Diese Beobachtung von Sender & Sullivan kann wiederum mit der Attributionstheorie erklärt werden: Die Rezipient*innen von *The Biggest Loser* erfuhren beim Schauen ein Gefühl der Gerechtigkeit, wenn Übergewicht durch individuelle Anstrengungen überwunden wurde, weil sie die Ursache des Problems

als kontrollierbar wahrnahmen. Sie würdigten offensichtlich das Leitprinzip der Show: Wer sein Übergewicht durch individuelles Versagen selbst verursacht habe, sei auch dafür verantwortlich, es durch harte Arbeit zu überwinden. Diese „Erfolgsgeschichten“ des Gewichtsverlustes wurden von den interviewten Zuschauer*innen, von denen die meisten selbst übergewichtig waren, durchaus positiv beurteilt.

Eine neuere Experimentalstudie von Yoo (2013) deutet hingegen auf problematische Effekte von *The Biggest Loser* hin. Teilnehmer*innen, die sich stärker um Körpergewicht sorgten, schauten im Schnitt mehr Episoden von *The Biggest Loser*. Je mehr sie dies taten, desto stärker glaubten die Teilnehmer*innen daran, dass das Körpergewicht unter individueller Kontrolle sei, was wiederum zur Bildung von abwertenden Ansichten (*anti-fat attitudes*) beitrug. Die Annahme, übergewichtige Personen seien für ihre Gesundheitsprobleme selbst verantwortlich, mediierte dabei die Beziehung zwischen einer Kontrollüberzeugung in Bezug auf das Körpergewicht (*internal locus of control*) und *anti-fat attitudes*. Dieser Mediationseffekt deutet darauf hin, dass Unterhaltungsprogramme wie *The Biggest Loser* negative Voreinstellungen gegenüber Menschen mit einem hohen Körpergewicht verstärken, was wiederum positive Effekte auf das Gesundheitsverhalten oder die Wahrnehmung von höhergewichtigen Menschen inhibieren könnte (Yoo, 2013).

Weil Übergewicht im Zuge von *The Biggest Loser* als Konsequenz und Ursache von Faulheit, übermäßigem Genuss und geringer Leistungsfähigkeit dargestellt wird, gefährdet es zudem neoliberale Werte, insbesondere Disziplin und das Ideal eines produktiven, leistungsfähigen Körpers (Sender & Sullivan, 2008). Diese Interpretation verweist auf das scheinbare Paradoxon, dass ein hohes Körpergewicht in der Geschichte immer wieder zur Krankheit erklärt wurde, aber höhergewichtigen Menschen trotzdem nicht die Rechte der *Sick Role* (insb. medizinische Unterstützung und die Ausnahme von sonstigen sozialen Rollen; Parsons, 1975; Varul, 2010) gewährt wurden. Dass für höhergewichtige Menschen zwar die Pflichten, nicht aber die Rechte der *Sick Role* gelten, kann auf den vorherrschenden individuell-kontrollierbaren *Responsibility Frame* zurückgeführt werden: Weil Ernährung und Bewegung (vermeintlich) unter persönlicher Kontrolle stehen, werden sie selbst für ihr Körpergewicht verantwortlich gemacht.

Aktuelle Kampagnen zu Übergewicht

In vielen westlichen Gesellschaften wird Übergewicht heute aus einer Kombination vorwiegend dreier Perspektiven betrachtet: als medizinisches Problem, als individuelles Versagen sowie als politisches Problem (Kwan, 2009). Diese drei Frames schließen sich nicht unbedingt gegenseitig aus und stehen im Zentrum einer öffentlichen Auseinandersetzung verschiedener Akteur*innen. Konkret streiten sich die Ernährungsindustrie, die Präventivmedizin und schließlich auch soziale Bewegungen wie etwa die *Fat Acceptance*-Bewegung (siehe nächstes Kapitel) um die Deutungshoheit sowie politische Aufmerksamkeit und entsprechend um die Durchsetzung regulatorischer Interessen.

Nationale Aktionspläne sollen Übergewicht auf politischer Ebene adressieren, um die strukturellen Bedingungen für eine schlankere Bevölkerung zu schaffen, beispielsweise kostengünstiger und flächendeckender Zugang zu frischen und gesunden Lebensmitteln. In Gesellschaften mit einem stark individualisierten Gesundheitsverständnis (Wallack, 1993) laufen sie jedoch Gefahr, die Verantwortung für das Körpergewicht vor allem wieder den Bürger*innen zuzuschreiben, ohne tatsächlich die notwendigen Strukturen für gesunde Entscheidungen zu schaffen (Schorb, 2015). Diese Probleme werde ich anhand einiger aktueller Beispielkampagnen diskutieren.

Übergewicht zu bekämpfen, steht bis heute weit oben auf der Agenda der Krankheitsprävention in Deutschland, wie ein Blick auf die verschiedenen Kommunikationskanäle des Bundesernährungsministeriums offenlegt. Ernährung und Bewegung werden dabei als die hauptsächlichen Lösungen präsentiert, was im Einklang mit Befunden zu Verantwortungszuschreibungen in journalistischer Berichterstattung und öffentlicher Gesundheitskommunikation zu Übergewicht steht (Stanford et al., 2018; Temmann et al., 2020). Das Verhältnis von individueller und gesellschaftlicher Verantwortung für Übergewicht erscheint zunächst ausgewogen. So will etwa die Präventionskampagne *IN FORM* (Bundesernährungsministerium, 2019) die „Strukturen für einen gesunden Lebensstil mit ausgewogener Ernährung und ausreichender Bewegung in Eigenverantwortung [...] schaffen“ (Bundesernährungsministerium, 2020a). Sowohl der Staat als auch die Bürger*innen sollen in diesem Beispiel Verantwortung übernehmen, um Übergewicht

zu bekämpfen bzw. vorzubeugen. Man könnte folglich von einer Interaktion eines individuellen und eines gesellschaftlichen Verantwortungsframes sprechen. Neben Aufklärungskampagnen wurden im Zuge von *IN FORM* laut dem Gesundheitsministerium tatsächlich verschiedene strukturelle Projekte umgesetzt. Das Ineinandergreifen individueller und gesellschaftlicher Verantwortung scheint also gelungen zu sein.

Auch die freiwillige Nährwertkennzeichnung *Nutri Score* soll vermitteln, dass Politik und Lebensmittelindustrie Verantwortung für die gesunde Ernährung der Bevölkerung übernehmen. In einer Pressemitteilung hierzu schreibt das Ministerium: „Wenn Verbraucherinnen und Verbraucher einfach erkennen können, wie ein Lebensmittel hinsichtlich der Nährstoffe beschaffen ist, fällt die Orientierung leichter und die gesunde Wahl wird einfacher.“ (Bundesernährungsministerium, 2020b) Reiheld (2015) sieht derartige Botschaften kritisch, da sie unter dem Deckmantel politischer Initiative einen großen Teil der Verantwortung auf die Individualebene übertragen: Wenn Menschen durch staatliche Organisationen aufgeklärt werden, aber dann trotzdem nicht die „gesunde Wahl“ treffen, fällt die Verantwortung für ihr Gesundheitsverhalten und ihr Gewicht letztlich wieder auf sie selbst zurück (Reiheld, 2015).

Nicht selten wird in öffentlichen Präventionskampagnen auf explizit stigmatisierende und individuell gefärbte Botschaften zurückgegriffen, um vor Übergewicht und Adipositas zu warnen (z. B. „Childhood obesity is child abuse“, Obesity Prevention Australia, zit. n. Puhl et al., 2013, S. 776). Wenn Kampagnen sich ausschließlich auf individuelle Verhaltensänderung fokussieren, kann dies von der anvisierten Zielgruppe negativ aufgefasst werden, weil Verhaltensänderung als leicht dargestellt wird und strukturelle Barrieren ausgeklammert werden (Thomas, Olds, Pettigrew, Yeatman, Hyde & Dragovic, 2014). Die immer wiederkehrende Betonung der Eigenverantwortung kann als ethisch bedenklich angesehen werden, weil sie potenziell die Stigmatisierung verstärkt (Coleman & Major, 2014; Frederick et al., 2016).

Eine Kampagne der Organisation Cancer Research UK geriet 2019 in die Kritik, weil ihre Plakate, auf denen vor den gesundheitlichen Risiken von Adipositas gewarnt wurde, visuelle Anklänge an die Warnungen auf Zigarettenschachteln nahmen (Roberts, 2019).

Wenngleich die Organisation später mitteilte, „it is not about blaming people for being overweight“ (ebd.), legt die Assoziation mit einem ebenfalls stark individuell konnotierten und moralisch aufgeladenen Tabakkonsum doch genau das nahe. Auch abseits der politischen Kommunikation lässt sich eine gewisse Nähe zwischen dem Framing von Rauchen und Übergewicht erkennen, wie die Analysen von Kwan (2009) sowie Brownell & Warner (2009) nahelegen. Übergewichts-Gegner*innen sehen die Ursache im individuellen Verhalten, das man – genau wie Rauchen – einfach vermeiden könnte.

Neben der strategischen Gesundheitskommunikation spielt vor allem das journalistische Framing eine entscheidende Rolle in der öffentlichen Meinungsbildung zu Gesundheitsthemen (Iyengar, 1991). Ein Review von Stanford et al. (2018) zeigt, dass in der Medienberichterstattung stigmatisierende Frames zum Thema Übergewicht vorherrschen und die Verantwortung dem Verhalten von Individuen, konkret Ernährung und Bewegung zugeschrieben wird. Daneben ist der *Krisenframe* einer Adipositas-Epidemie noch immer weit verbreitet in der öffentlichen Wahrnehmung (Schorb, 2015). Beide Frames – sowohl individuelle Verantwortung als auch öffentliche Gesundheitskrise – sollten in der Gesundheitskommunikation kritisch gesehen werden. Denn individuelle *Responsibility Frames* können dazu führen, dass auch die Rezipient*innen Verantwortung für Übergewicht den individuellen Betroffenen zuschreiben (Garbarino, Henry & Kerfoot, 2018; Shen et al., 2012; Sun et al., 2016). Eine experimentelle Untersuchung von Frederick und Kolleg*innen ergab zudem, dass individuelle Frames und *Krisenframes* problematische Annahmen zu Übergewicht verstärkten – konkret, dass Übergewicht ein Gesundheitsrisiko darstellt, und dass höhergewichtige Menschen mehr für Versicherungen bezahlen sollten. Außerdem intensivierten sowohl individuelle *Responsibility Frames* als auch *Krisenframes* Vorurteile und die Bereitschaft, höhergewichtige Menschen zu diskriminieren (Frederick et al., 2016).

Mittlerweile erkennt auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) an, dass ein bestimmtes Framing in der Gesundheitskommunikation zur Gewichtsstigmatisierung beitragen kann. In einem Papier des europäischen Regionalbüros erörtert die WHO die weitreichenden Erfahrungen und Konsequenzen von medialer und gesellschaftlicher Gewichtsstigmatisierung (World Health Organization, 2017). Zum einen sind in dem Bericht

Handlungsempfehlungen für die interpersonale Gesundheitskommunikation zu finden, etwa dass medizinisches Personal bei Patient*innen alle potenziellen Ursachen für ein Gesundheitsproblem in Betracht ziehen sollte, anstatt nur das Körpergewicht. Zum anderen berücksichtigt der WHO-Bericht auch die Medienkommunikation und empfiehlt, die nicht-intendierten Folgen stark vereinfachter Übergewichtsframes zu bedenken und alle Faktoren zu adressieren, die das Körpergewicht beeinflussen. Zu einer sensiblen, medialen Gesundheitskommunikation zum Thema Übergewicht gehöre laut der WHO etwa die Vermeidung von Bildern, die Menschen auf ihr Körpergewicht reduzieren (z. B. sie nur vom Hals abwärts zeigen) oder sie in stereotypischer Weise darstellen (z. B. beim Essen von Junk-Food).

Ansätze für die Akzeptanz von Übergewicht

Seit einigen Jahren werden Stimmen in der Gesellschaft laut, die ein gänzlich neues Framing von Übergewicht anstreben. Hier sind insbesondere *Fat Acceptance* und *Body Positivity* als soziale Bewegungen zu nennen, sowie die *Fat Studies* und *Health at Every Size* als wissenschaftliche Ansätze. Die genannten Ansätze folgen einem gemeinsamen Anliegen, nämlich *fette* Körper zu akzeptieren, anstatt Übergewicht bekämpfen zu wollen. Sie lehnen Begriffe wie Übergewicht und Adipositas ab, weil diese aus ihrer Sicht Ausdruck der Medikalisierung des Körpergewichts sind und Stigmatisierung fördern (Wann, 2009). Stattdessen setzen sie sich dafür ein, Wörter wie *fett* und *Fatness* nicht pejorativ, sondern als neutrale Beschreibungen für Menschen mit einem höheren Körpergewicht zu verwenden. Übergewicht wird von ihnen entgegen vorherrschender Frames nicht gesundheitlich problematisiert, sondern hinsichtlich der Ausgrenzung und Stigmatisierung aufgrund eines hohen Körpergewichts.

Die historische Basis, insbesondere für die *Fat Studies*, bildet die *Fat Acceptance*-Bewegung. Diese lässt sich bis zur Gründung der Bürgerrechtsorganisation *National Association to Advance Fat Acceptance* im Jahr 1969 (Wann, 2009) zurückverfolgen – im Kontext der Bürgerrechtsbewegungen in den USA (Sobal, 1999). Einzelne Wissenschaftler*innen widmeten sich in den 1980er und 90er Jahren dem Thema Körpergewicht als soziales Problem, bis in den frühen 2000er Jahren schließlich mehrere Konferenzen und Fachpublikationen das interdisziplinäre Feld der *Fat Studies* begründeten (Wann, 2009). Im Peer-Review-Journal *Fat Studies* erscheinen seit 2012

Forschungsbeiträge und theoretische Arbeiten, die die soziale Bedeutung eines hohen Körpergewichts kritisch beleuchten (Rothblum, 2012). Darüber hinaus widmen sich die *Fat Studies* auch Fragen der Intersektionalität, indem sie beispielsweise untersuchen, wie *Fatness* mit anderen sozialen Kategorien wie *Gender* oder *Race* zusammenwirkt (siehe z. B. Kasten, 2018; Puhl et al., 2013).

Beim neueren, ernährungspsychologisch orientierten *Health-at-Every-Size-Ansatz (HAES)* geht es darum, durch das Vermitteln bestimmter Techniken (z. B. intuitives Essen) die psychische und physische Gesundheit *fetter* Menschen zu verbessern (Bacon et al., 2005). Der Ansatz lehnt Diäten und Gewichtsverlust grundsätzlich ab und will stattdessen erreichen, dass *fette* Menschen gesund sowie frei von (Selbst-)Stigmatisierung und Diskriminierung leben können (Kwan, 2009). *HAES*-Interventionen sind lösungsorientiert und beinhalten Selbstakzeptanz, einen positiven Umgang mit Bewegung und Ernährung, Gruppensitzungen sowie das Ziel, gesellschaftliche Gewichtsdiskriminierung zu beenden (Burgard, 2009).

Ein jüngeres Phänomen, das sich mit dem *Reframing* von *fetten* Körpern auseinandersetzt, ist die *Body-Positivity*-Bewegung. Diese ist vor allem durch visuelle Social-Media-Plattformen wie Instagram populär geworden (Cohen et al., 2019) und wird von einer Vielzahl unterschiedlicher Akteur*innen genutzt, u.a. Plus Size-Models, Lifestyle-Blogger*innen und politischen Aktivist*innen (Lupton, 2017; Wiedicke et al., 2019). Insbesondere werden in *Body-Positivity*-Inhalten gängige Schönheitsideale infrage gestellt, um Körper positiv zu besetzen, die diesen Idealen nicht entsprechen (Lupton, 2017).

Ein Review von Stanford et al. (2018) deutet tatsächlich darauf hin, dass *Body-Positivity*-Inhalte und *Fat Acceptance* das Potenzial haben, Gewichtsdiskriminierung abzubauen und das Körperbild zu verbessern. Eine Wirkungsstudie von Frederick et al. (2016) zu verschiedenen Übergewichtsframes ergab beispielsweise, dass *HAES* und *Fat Rights*-Frames im Gegensatz zu individuellen Frames und *Krisenframes* die Annahmen abschwächen, höhergewichtige Menschen sollten mehr für Versicherungen bezahlen und Übergewicht sei ein Gesundheitsrisiko. Ein *Fat-Rights*-Frame senkte außerdem diskriminierende Einstellungen der Rezipient*innen und erhöhte die Wahrscheinlichkeit, dass sie körperliche Diversität akzeptierten. Cohen,

Fardouly, Newton-John und Slater (2019) konnten in einer Experimentalstudie zeigen, dass *Body-Positivity*-Posts im Vergleich zu neutralen und idealisierten Posts die Stimmung und die Körperzufriedenheit junger Frauen verbesserten.

Insgesamt lässt sich innerhalb der beschriebenen Denkrichtungen ein umfassender *Reframing*-Prozess des Körpergewichts erkennen. Die diskutierten aktivistischen und wissenschaftlichen Ansätze (*Fat Acceptance*, *Fat Studies*, *Body Positivity*, *HAES*) lehnen die Problemdefinitionen vorherrschender Übergewichtsframes (insbesondere individuelle *Responsibility Frames* und *Krisenframes*) vollständig ab. Anstelle des Übergewichts sehen sie Gewichtsdiskriminierung als das eigentliche Problem an, weshalb sie darauf ausgerichtet sind, die Ursachen für Gewichtsdiskriminierung offenzulegen und vielfältige Körper zu akzeptieren. Dadurch soll der Theorie nach auch der Mechanismus der Verantwortungsattribution (Weiner, 2006) für das Körpergewicht ausgehebelt werden, weil *Fat Acceptance* nicht mehr auf der Annahme fußt, dass ein hohes Körpergewicht gänzlich unerwünscht oder pathologisch sei. Inwiefern es die genannten Ansätze auch tatsächlich schaffen, ihre Frames im gesellschaftlichen und insbesondere im präventivmedizinischen Übergewichtsdiskurs zu verankern, ist offen. Es ist weitere Forschung nötig, um die intendierten und nicht-intendierten Effekte einer auf Akzeptanz ausgerichteten Kommunikation zum Thema Übergewicht bzw. *Fatness* zu verstehen.

7 Fazit

Nicht zu jeder Zeit in der Geschichte war ein hohes Körpergewicht negativ besetzt. Tatsächlich galt es noch bis ins 19. Jahrhundert hinein als Ausdruck von Wohlstand, Attraktivität und Fruchtbarkeit. Dennoch lassen sich auch historische Spuren finden, die bereits vor Beginn des 20. Jahrhunderts auf eine gesellschaftliche Ablehnung von Übergewicht hindeuteten. Dazu gehört beispielsweise der erste populäre Diätatgeber, der 1863 vom Briten William Banting veröffentlicht wurde und eine der ersten belegten Modediäten auslöste. Im Laufe des 20. Jahrhunderts verfestigten sich dann in westlichen Gesellschaften drei wesentliche Frames zum Thema Übergewicht, die bis heute weit verbreitet sind: Übergewicht als medizinisches Problem, als individuelles Versagen sowie als Krise der öffentlichen Gesundheit (Kwan, 2009).

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde die Ablehnung eines hohen Körpergewichts auf unterschiedliche Art und Weise in die vorherrschenden gesellschaftlichen Ideologien eingebunden, wie der Vergleich zwischen der nationalsozialistischen Rassenideologie und der aufkommenden Konsumkultur in den USA 1930 gezeigt hat. Während Übergewicht in einem nationalsozialistischen Kinderbuch als Abgrenzungsmerkmal zum „Anderen“ („dem Juden“) konstruiert wurde, wurde die Angst davor, übergewichtig zu werden, in einer US-amerikanischen Tabakwerbung dafür genutzt, zum Konsum anzuregen.

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhundert verfestigte sich in westlichen Gesellschaften die Auffassung, dass Übergewicht eine Epidemie sei, die bekämpft werden müsse. Mit der Einführung des Risikofaktorenmodells gewannen der *Medical Frame* und der *Krisenframe* an Bedeutung, was mit einer verstärkten Stigmatisierung von Übergewicht verbunden war (Kinzl, 2016, 2016; Puhl & Brownell, 2003). Dies erscheint zunächst widersprüchlich, da die Verantwortung für Übergewicht eigentlich zunehmend auch individuell unkontrollierbaren Faktoren wie den Genen, dem sozioökonomischen Status oder der Lebensmittelindustrie zugeschrieben wurde (Chang & Christakis, 2002; Kim & Willis, 2007; Lawrence, 2004). Tatsächlich ist jedoch die individuelle Zuschreibung von Verantwortung für das Körpergewicht bis heute weit verbreitet, nicht zuletzt weil sie tief im Individualismus westlicher Gesellschaften verankert ist (Wallack, 1993) und durch Präventionskampagnen, Medienberichterstattung, Unterhaltungsmedien und Werbung fortgeschrieben wird (Atanasova & Koteyko, 2017; Puhl et al., 2013; Reiheld, 2015). Dass Übergewicht im Laufe des 20. Jahrhunderts zunehmend pathologisiert wurde, aber Menschen mit einem hohen Körpergewicht trotzdem nicht die Rechte der *Sick Role* (Parsons, 1951) gewährt wurden, lässt sich mit der Attributionstheorie (Weiner, 2006) erklären. Weil sich die Auffassung verbreitete, Übergewicht liege in der Verantwortung der Einzelnen, galt für Betroffene nicht länger eine Unschuldsumutung. Sie wurden bezichtigt, für ihren (gesellschaftlich unerwünschten) Zustand selbst verantwortlich zu sein und dazu aufgefordert, das Problem in Eigenverantwortung durch harte Arbeit zu lösen.

Schon in der Gesundheitskommunikation der 1970er Jahre in Deutschland wurde Übergewicht auf

politischer Ebene adressiert. Dennoch wurden Ursachen und Lösungen noch weitgehend in individueller Verhaltensänderung, insbesondere Diäten und Bewegung, gesehen. Erst seit einigen Jahren rücken gesellschaftliche Ursachen und Lösungsansätze für Übergewicht in den Fokus, etwa die Lebensmittelindustrie und soziale Ungleichheit. Trotzdem prägt die individuelle Verantwortung das *Framing* von Übergewicht noch so nachhaltig, dass nicht von einem umfassenden *Reframing* gesprochen werden kann. Das liegt auch daran, dass Übergewicht noch immer häufig als Krankheit, Epidemie und/oder individuelles moralisches Versagen problematisiert wird. Erst neuere Strömungen wie die *Fat Acceptance*-Bewegung, *Body Positivity*, *Fat Studies* und *Health at Every Size* fordern seit einigen Jahren die Problemdefinition gängiger Körpergewichtsframes heraus: Ihrer Auffassung nach ist nicht Übergewicht das Problem, sondern Gewichtsdiskriminierung.

Auch wenn individuelle Frames und *Krisenframes* in der öffentlichen Gesundheitskommunikation noch immer häufig vorkommen, sprechen Wirkungsstudien dafür, dass sie eher problematische Effekte wie eine höhere Stigmatisierung und eine geringe Akzeptanz von Menschen mit einem hohen Körpergewicht mit sich bringen (Frederick et al., 2016; Garbarino et al., 2018; Shen et al., 2012; Sun et al., 2016). Vielversprechender in Bezug auf die psychische und physische Gesundheit erscheinen Botschaften, die an das Selbstbewusstsein und die Selbstwirksamkeit der Rezipient*innen appellieren, gesunde Verhaltensweisen in ihren Alltag zu integrieren (Puhl et al., 2013).

Vor dem Hintergrund dieser Forschung sowie der aufgezeigten historischen Entwicklung sollte sich gerade die strategische Gesundheitskommunikation mit ethischen Überlegungen auseinandersetzen. Dazu gehört, Begriffe wie „Übergewicht“, „Adipositas“ oder „Epidemie“ kritisch zu verwenden sowie medikalisierte und moralisch aufgeladene Problemdefinitionen zu hinterfragen. Angesichts der vielfältigen negativen Auswirkungen, die die Stigmatisierung auf die psychische und physische Gesundheit höhergewichtiger Menschen haben kann, sollte auf explizit stigmatisierende Botschaften verzichtet werden – ganz abgesehen von ihrer fragwürdigen Wirksamkeit (Puhl et al., 2013). Doch auch implizit stigmatisierende Kommunikation wie *Responsibility Frames* auf der Individualebene, *Medical Frames*, *Krisenframes* und stereotypische visuelle Darstellungen können nicht-intendierte,

stigmatisierende Effekte auf die Rezipient*innen haben (Frederick et al., 2016; Thomas et al., 2014; WHO, 2017). Dies gilt es in der strategischen Gesundheitskommunikation zu beachten. Journalistische Frames, die nicht nur die Eigenverantwortung, sondern auch gesellschaftliche Ursachen und Lösungen einbeziehen, könnten außerdem dabei helfen, Bürger*innen dafür zu sensibilisieren, Übergewicht auf mehreren Ebenen zu adressieren (Garbarino et al., 2018; Shen et al., 2012). Auch für die Forschung zu *Responsibility Frames* im Kontext von Übergewicht und Adipositas kann es sich lohnen, Erkenntnisse aus dem Forschungsfeld der *Fat Studies* zu berücksichtigen (für umfassende Einführungen in diese Perspektive siehe Rothblum & Solovay, 2009 sowie Sobal & Maurer, 1999).

Literaturverzeichnis

- Alegria Drury, C. A. & Louis, M. (2002). Exploring the Association Between Body Weight, Stigma of Obesity, and Health Care Avoidance. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 14(12), 554–561. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2002.tb00089.x>
- Anderson, J. L., Crawford, C. B., Nadeau, J. & Lindberg, T. (1992). Was the Duchess of windsor right? A cross-cultural review of the socioecology of ideals of female body shape. *Ethology and Sociobiology*, 13(3), 197–227. [https://doi.org/10.1016/0162-3095\(92\)90033-Z](https://doi.org/10.1016/0162-3095(92)90033-Z)
- Atanasova, D. & Koteyko, N. (2017). Obesity frames and counter-frames in British and German online newspapers. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 21(6), 650–669. <https://doi.org/10.1177/1363459316649764>
- Bacon, L. & Severson, A. (2019, July 8). *Fat Is Not the Problem – Fat Stigma Is*. Scientific American Blog Network. <https://blogs.scientificamerican.com/observations/fat-is-not-the-problem-fat-stigma-is/> (01.10.2020)
- Bacon, L., Stern, J. S., Van Loan, M. D. & Keim, N. L. (2005). Size Acceptance and Intuitive Eating Improve Health for Obese, Female Chronic Dieters. *Journal of the American Dietetic Association*, 105(6), 929–936. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2005.03.011>
- Banting, W. (1993). Letter on Corpulence, Addressed to the Public: Third Edition. *Obesity Research*, 1(2), 153–163. <https://doi.org/10.1002/j.1550-8528.1993.tb00605.x>
- Barry, C. L., Brescoll, V. L. & Gollust, S. E. (2013). Framing Childhood Obesity: How Individualizing the Problem Affects Public Support for Prevention: Framing Childhood Obesity Prevention Policies. *Political Psychology*, 34(3), 327–349. <https://doi.org/10.1111/pops.12018>
- Barry, C. L., Jarlenski, M., Grob, R., Schlesinger, M. & Gollust, S. E. (2011). News media framing of childhood obesity in the United States from 2000 to 2009. *Pediatrics*, 128(1), 132–145. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-3924>
- Betz, A. (2010, November 7). *Der „Neue Mensch“ im Nationalsozialismus*. Deutschlandfunk. https://www.deutschlandfunk.de/der-neue-mensch-im-nationalsozialismus.1184.de.html?dram:article_id=185410 (01.10.2020)
- Bonfiglioli, C. M. F., Smith, B. J., King, L. A., Chapman, S. F. & Holding, S. J. (2007). Choice and voice: Obesity debates in television news. *The Medical Journal of Australia*, 187(8), 4. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01354.x>
- Borcholte, A. (2004). „Super Size Me“: Angriff der Killer-Burger. *Spiegel Online*. <https://www.spiegel.de/kultur/kino/super-size-me-angriff-der-killer-burger-a-308577.html> (01.10.2020)
- Branca, F., Nikogosian, H. & Lobstein, T. (2007). *Die Herausforderung Adipositas und Strategien zu ihrer Bekämpfung in der Europäischen Region der WHO: Zusammenfassung*. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa.
- Brownell, K. D., Kersh, R., Ludwig, D. S., Post, R. C., Puhl, R. M., Schwartz, M. B. & Willett, W. C. (2010). Personal Responsibility And Obesity: A Constructive Approach To A Controversial Issue. *Health Affairs*, 29(3), 379–387. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0739>
- Brownell, K. D. & Warner, K. E. (2009). The Perils of Ignoring History: Big Tobacco Played Dirty and Millions Died. How Similar Is Big Food? *Milbank Quarterly*, 87(1), 259–294. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2009.00555.x>

- Bundesernährungsministerium (2019). *IN FORM - Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung*. BMEL. <https://www.bmel.de/DE/themen/ernaehrung/gesunde-ernaehrung/aktionsprogramm-in-form/in-form-grundsatzbeitrag.html> (07.08.2020)
- Bundesernährungsministerium (2020a). *Die Initiative INFORM*. <https://www.in-form.de/in-form/allgemein/> (07.08.2020)
- Bundesernährungsministerium. (2020b). *Erweiterte Nährwertkennzeichnung: Verbraucherinnen und Verbraucher wollen Nutri-Score*. BMEL. <https://www.bmel.de/DE/themen/ernaehrung/lebensmittel-kennzeichnung/freiwillige-angaben-und-label/naehrwertkennzeichnungs-modelle-nutriscore.html> (07.08.2020)
- Burgard, D. (2009). What Is “Health at Every Size”? In E. Rothblum & S. Solovay (Eds.), *The Fat Studies Reader* (S. 42–53). New York: NYU Press.
- Chang, V. W. & Christakis, N. A. (2002). Medical modelling of obesity: A transition from action to experience in a 20th century American medical textbook. *Sociology of Health and Illness*, 24(2), 151–177. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00289>
- Claassen, M. A., Klein, O. & Corneille, O. (2016). Poverty & obesity: How poverty and hunger influence food choices. *The European Health Psychologist*, 18.
- Cohen, R., Fardouly, J., Newton-John, T. & Slater, A. (2019). #BoPo on Instagram: An experimental investigation of the effects of viewing body positive content on young women’s mood and body image. *New Media & Society*, 146144481982653. <https://doi.org/10.1177/1461444819826530>
- Cohen, R., Irwin, L., Newton-John, T. & Slater, A. (2019). #bodypositivity: A content analysis of body positive accounts on Instagram. *Body Image*, 29, 47–57. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.02.007>
- Coleman, R. & Major, L. H. (2014). Ethical Health Communication: A Content Analysis of Predominant Frames and Primes in Public Service Announcements. *Journal of Mass Media Ethics*, 29(2), 91–107. <https://doi.org/10.1080/08900523.2014.893773>
- Coleman, R., Thorson, E. & Wilkins, L. (2011). Testing the Effect of Framing and Sourcing in Health News Stories. *Journal of Health Communication*, 16(9), 941–954. <https://doi.org/10.1080/10810730.2011.561918>
- Cooper, C. (2010). Fat Studies: Mapping the Field: Fat Studies. *Sociology Compass*, 4(12), 1020–1034. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2010.00336.x>
- Crawford, R. (1980). Healthism and the Medicalization of Everyday Life. *International Journal of Health Services*, 10(3), 365–388. <https://doi.org/10.2190/3H2H-3XJN-3KAY-G9NY>
- De Brun, A., McKenzie, K., McCarthy, M. & McGloin, A. (2012). The emergence and portrayal of obesity in The Irish Times: Content analysis of obesity coverage, 1997–2009. *Health Communication*, 27(4), 389–398. <https://doi.org/10.1080/10410236.2011.592627>
- Deutsches Hygiene-Museum. (1974). *Wegweiser Gesundheit – Bewegung*. VEB DEFA. https://www.youtube.com/watch?v=VD0n6jHODJA&feature=emb_title (01.10.2020)
- Doubek, K. (2007). *August der Starke*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.
- Eichhorn, C. & Nagel, E. (2010). Prävention von Übergewicht und Adipositas – Aufgaben von Staat, Lebensmittelindustrie und Individuum. *Das Gesundheitswesen*, 72(01), 10–16. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1237737>
- Entman, R. M. (1993). Framing: Toward Clarification of a Fractured Paradigm. *Journal of Communication*, 43(4), 51–58. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.1993.tb01304.x>
- Farrell, Amy E. (2015). „When I Was Growing Up My Mother Cooked Dinner Every Single Day“: Fat Stigma and the Significance of Motherblame in Contemporary United States. *Body Politics*, 3, 95–109.
- Farrell, Amy Erdman. (2011). *Fat shame: Stigma and the fat body in American culture*. New York: New York University Press.
- Fothergill, E., Guo, J., Howard, L., Kerns, J. C., Knuth, N. D., Brychta, R., Chen, K. Y., Skarulis, M. C., Walter, M., Walter, P. J. & Hall, K. D. (2016). Persistent metabolic adaptation 6 years after “The Biggest Loser” competition: Persistent Metabolic Adaptation. *Obesity*, 24(8), 1612–1619. <https://doi.org/10.1002/oby.21538>

- Franzkowiak, P. (2018). *Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell*. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA). doi.org/10.17623/BZGA:224-i102-2.0 (01.10.2020)
- Frederick, D. A., Saguy, A. C. & Gruys, K. (2016). Culture, health, and bigotry: How exposure to cultural accounts of fatness shape attitudes about health risk, health policies, and weight-based prejudice. *Social Science & Medicine* (1982), 165, 271–279. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.12.031
- Friedrich, M. J. (2017). Global Obesity Epidemic Worsening. *Journal of the American Medical Association*, 318(7), 603–603. https://doi.org/10.1001/jama.2017.10693
- Garbarino, E., Henry, P. & Kerfoot, S. (2018). Using attribution to foster public support for alternative policies to combat obesity. *European Journal of Marketing*, 52(1/2), 418–438. https://doi.org/10.1108/EJM-08-2016-0445
- Gearhart, S., Craig, C. & Steed, C. (2012). Network News Coverage of Obesity in Two Time Periods: An Analysis of Issues, Sources, and Frames. *Health Communication*, 27(7), 653–662. https://doi.org/10.1080/10410236.2011.629406
- Gounder, F. & Ameer, R. (2018). Defining diabetes and assigning responsibility: How print media frame diabetes in New Zealand. *Journal of Applied Communication Research*, 46(1), 93–112. https://doi.org/10.1080/00909882.2017.1409907
- Haring, S. A. (2018). Der Neue Mensch im Nationalsozialismus und Sowjetkommunismus. In *Der Neue Mensch* (S. 27–38). Bundeszentrale für politische Bildung http://www.bpb.de/system/files/dokument_pdf/10247_Der_neue_Mensch_web.pdf (01.10.2020)
- Henderson, J., Coveney, J., Ward, P. & Taylor, A. (2009). Governing childhood obesity: Framing regulation of fast-food advertising in the Australian print media. *Social Science & Medicine* (1982), 69(9), 1402–1408. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.08.025
- Hirschfelder, G. (2018). Gesundheit und Ernährung: Die Macht der Kultur: Einblicke in ein Beziehungsdreieck. *Biologie in unserer Zeit*, 48(2), 106–112. https://doi.org/10.1002/biuz.201810643
- Huff, J. L. (2015). The Narrating Stomach: Appetite, Authority and Agency in Sydney Whiting’s 1853 *Memoirs of a Stomach*. *Body Politics*, 5, 75–93.
- Iyengar, S. (1991). *Is Anyone Responsible? How Television Frames Political Issues*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jarlenski, M. & Barry, C. L. (2013). News Media Coverage of Trans Fat: Health Risks and Policy Responses. *Health Communication*, 28(3), 209–216. https://doi.org/10.1080/10410236.2012.669670
- Jeong, S.-H. (2007). Effects of News About Genetics and Obesity on Controllability Attribution and Helping Behavior. *Health Communication*, 22(3), 221–228. https://doi.org/10.1080/10410230701626877
- Karikatur eines fetten jüdischen Bankiers als Ergebnis der Bolschewistischen “Weltrevolution.”* (1941). United States Holocaust Memorial Museum Collection, Geschenk der Familie Katz. <https://collections.ushmm.org/search/catalog/irn545124> (01.08.2020)
- Kasten, G. (2018). Listen... and Speak: A Discussion of Weight Bias, its Intersections with Homophobia, Racism, and Misogyny, and Their Impacts on Health. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 79(3), 133–138. https://doi.org/10.3148/cjdpr-2018-023
- Kim, S.-H. & Willis, A. L. (2007). Talking about Obesity: News Framing of Who Is Responsible for Causing and Fixing the Problem. *Journal of Health Communication*, 12(4), 359–376. https://doi.org/10.1080/10810730701326051
- Kinzl, J. F. (2016). Adipositas: Stigmatisierung, Diskrimination, Körperimage. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 166(3–4), 117–120. https://doi.org/10.1007/s10354-016-0443-4
- Kwan, S. (2009). Framing the Fat Body: Contested Meanings between Government, Activists, and Industry. *Sociological Inquiry*, 79(1), 25–50. https://doi.org/10.1111/j.1475-682X.2008.00271.x
- Lawrence, R. G. (2004). Framing Obesity: The Evolution of News Discourse on a Public Health Issue. *Harvard International Journal of Press/Politics*, 9(3), 56–75. https://doi.org/10.1177/1081180X04266581
- Lengwiler, M. & Madarász, J. (2010).

- Präventionsgeschichte als Kulturgeschichte der Gesundheitspolitik. In M. Lengwiler & J. Madarász (Eds.), *Das präventive Selbst* (S. 11–28). Bielefeld: transcript Verlag.
<https://doi.org/10.14361/transcript.9783839414545.11>
- Levine, J. A. (2011). Poverty and Obesity in the U.S. *Diabetes*, 60(11), 2667–2668.
<https://doi.org/10.2337/db11-1118>
- Lift (1978). *Schlank ist schön*. Wirtschaftswundermuseum. Verfügbar unter: <http://www.wirtschaftswundermuseum.de/werbung-bilder-1979.html> (01.10.2020)
- Lucky Strike (1930). *Tempted To Over-indulge*. Stanford Research Into the Impact of Tobacco Advertising (SRITA). http://tobacco.stanford.edu/tobacco_main/images.php?token2=fm_st047.php&token1=fm_img7636.php&theme_file=fm_mt014.php&theme_name=Keeps%20you%20Slim&subtheme_name=Tempted%20to%20Over-indulge (01.08.2020)
- Lundell, H., Niederdeppe, J. & Clarke, C. (2013). Public Views About Health Causation, Attributions of Responsibility, and Inequality. *Journal of Health Communication*, 18(9), 1116–1130.
<https://doi.org/10.1080/10810730.2013.768724>
- Lupton, D. (2017). Digital media and body weight, shape, and size: An introduction and review. *Fat Studies*, 6(2), 119–134.
<https://doi.org/10.1080/21604851.2017.1243392>
- Maher, J., Fraser, S. & Wright, J. (2010). Framing the mother: Childhood obesity, maternal responsibility and care. *Journal of Gender Studies*, 19(3), 233–247.
<https://doi.org/10.1080/09589231003696037>
- Major, L. H. (2011). The Mediating Role of Emotions in the Relationship between Frames and Attribution of Responsibility for Health Problems. *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 88(3), 502–522.
<https://doi.org/10.1177/107769901108800303>
- Major, L. H. (2018). Mental Health News: How Frames Influence Support for Policy and Civic Engagement Intentions. *Journal of Health Communication*, 23(1), 52–60.
<https://doi.org/10.1080/10810730.2017.1411994>
- Martschukat, J. (2017). Fitness und Fatness. Über Körper und Ausnahmezustände in der Zeitgeschichte. In H. Ahlheim (Ed.), *Individuelle »Ausnahmezustände« im 20. Jahrhundert* (S. 186–200). Göttingen: Wallstein Verlag.
- McKinley, N. M. (1999). Ideal Weight, Ideal Women. In J. Sobal & D. Maurer (Eds.), *Weighty Issues. Fatness and Thinness as Social Problems* (S. 97–116). New York: Walter De Gruyter.
- Meadows, A. & Daníelsdóttir, S. (2016). What's in a Word? On Weight Stigma and Terminology. *Frontiers in Psychology*, 7.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01527>
- Moebus, S. & Stang, A. (2007). Das metabolisches Syndrom – ein umstrittenes diagnostisches Konzept. *Herz/Kardiovaskuläre Erkrankungen*, 32(7), 529–540.
<https://doi.org/10.1007/s00059-007-3025-9>
- Musk, A. W. & De Klerk, N. H. (2003). History of tobacco and health. *Respirology*, 8(3), 286–290.
<https://doi.org/10.1046/j.1440-1843.2003.00483.x>
- Nuttall, F. Q. (2015). Obesity, BMI, and Health: A Critical Review. *Nutrition Today*, 50(3), 117–128.
<https://doi.org/10.1097/NT.0000000000000100>
- Offermann, S. (2019). Socialist responsibilization: The government of risk factors for cardiovascular diseases in the German Democratic Republic in the 1970s. *Rethinking History*, 23(2), 210–232.
<https://doi.org/10.1080/13642529.2019.1596579>
- Oliver, J. E. (2006). *Fat politics: The real story behind America's obesity epidemic*. New York: Oxford University Press.
- Parsons, T. (1951). Illness and the role of the physician: A sociological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 21(3), 452–460.
<https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1951.tb00003.x>
- Parsons, T. (1975). The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 53(3), 257.
<https://doi.org/10.2307/3349493>
- Pearl, R. L., White, M. A. & Grilo, C. M. (2014). Weight bias internalization, depression, and self-reported health among overweight binge eating disorder patients: Weight Bias Internalization and Health. *Obesity*, 22(5), E142–E148.
<https://doi.org/10.1002/oby.20617>

- Pennington, A. W. (1954). Treatment of obesity: Developments of the past 150 years. *The American Journal of Digestive Diseases*, 21(3), 65–69. <https://doi.org/10.1007/BF02880976>
- Puhl, R. M. & Brownell, K. D. (2003). Psychosocial origins of obesity stigma: Toward changing a powerful and pervasive bias. *Obesity Reviews*, 4(4), 213–227. <https://doi.org/10.1046/j.1467-789X.2003.00122.x>
- Puhl, R. M., Peterson, J. L. & Luedicke, J. (2013). Fighting obesity or obese persons? Public perceptions of obesity-related health messages. *International Journal of Obesity*, 37(6), 774–782. <https://doi.org/10.1038/ijo.2012.156>
- Puhl, R. M., Luedicke, J. & Heuer, C. A. (2013). The Stigmatizing Effect of Visual Media Portrayals of Obese Persons on Public Attitudes: Does Race or Gender Matter? *Journal of Health Communication*, 18(7), 805–826. <https://doi.org/10.1080/10810730.2012.757393>
- Puhl, R. M. & Suh, Y. (2015). Health Consequences of Weight Stigma: Implications for Obesity Prevention and Treatment. *Current Obesity Reports*, 4(2), 182–190. <https://doi.org/10.1007/s13679-015-0153-z>
- Reiheld, A. (2015). With All Due Caution: Global Anti-Obesity Campaigns and the Individualization of Responsibility. *IJFAB: International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 8(2), 226–249. <https://doi.org/10.3138/ijfab.8.2.226>
- Roberts, M. (2019, July 3). Obesity “overtakes smoking for four cancers.” *BBC News*. <https://www.bbc.com/news/health-48826850> (01.08.2020)
- Rothblum, E. D. (2012). Why a Journal on Fat Studies? *Fat Studies*, 1(1), 3–5. <https://doi.org/10.1080/21604851.2012.633469>
- Rothblum, E. D. & Solovay, S. (2009). *The Fat Studies Reader*. New York: NYU Press.
- Schildt, A. (2009). Amerikanische Einflüsse auf die westdeutsche Konsumententwicklung nach dem Zweiten Weltkrieg. In *Die Konsumgesellschaft in Deutschland 1890-1990: Ein Handbuch*. Frankfurt a. M.: Campus Verlag.
- Schorb, F. (2015). *Die Adipositas-Epidemie als politisches Problem*. Wiesbaden: Springer Fachmedien. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-06614-7>
- Schwartz, M. B., Chambliss, H. O., Brownell, K. D., Blair, S. N. & Billington, C. (2003). Weight Bias among Health Professionals Specializing in Obesity. *Obesity Research*, 11(9), 1033–1039. <https://doi.org/10.1038/oby.2003.142>
- Semetko, H. A. & Valkenburg, P. M. V. (2000). Framing European politics: A Content Analysis of Press and Television News. *Journal of Communication*, 50(2), 93–109. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2000.tb02843.x>
- Sender, K. & Sullivan, M. (2008). Epidemics of will, failures of self-esteem: Responding to fat bodies in “The Biggest Loser” and “What Not to Wear.” *Continuum*, 22(4), 573–584. <https://doi.org/10.1080/10304310802190046>
- Shen, F., Lee, S., Sipes, C. & Hu, F. (2012). Effects of Media Framing of Obesity Among Adolescents. *Communication Research Reports*, 29(1), 26–33.
- Singer, R. (2011). Anti-Corporate Argument and the Spectacle of the Grotesque Rhetorical Body in “Super Size Me.” *Critical Studies in Media Communication*, 28(2), 135–152. <https://doi.org/10.1080/15295036.2011.553724>
- Sobal, J. (1999). The Size Acceptance Movement and the Social Construction of Body Weight. In *Weighty Issues* (S. 231–250). New York: Walter De Gruyter.
- Sobal, J. & Maurer, D. (1999). *Weighty Issues. Fatness and Thinness as Social Problems*. New York: Walter De Gruyter.
- Sonntag, D., Schneider, S., Mdege, N., Ali, S. & Schmidt, B. (2015). Beyond Food Promotion: A Systematic Review on the Influence of the Food Industry on Obesity-Related Dietary Behaviour among Children. *Nutrients*, 7(10), 8565–8576. <https://doi.org/10.3390/nu7105414>
- Spurlock, M. (Produzent/Regisseur) (2004). *Super Size Me: A Film of Epic Portions* [Film]. Vereinigte Staaten: Samuel Goldwyn Films/Roadside Attractions.
- Stanford, F. C., Tauqeer, Z. & Kyle, T. K. (2018). Media and Its Influence on Obesity. *Current Obesity*

- Reports, 7(2), 186–192. <https://doi.org/10.1007/s13679-018-0304-0>
- Stefanik-Sidener, K. (2013). Nature, Nurture, or That Fast Food Hamburger: Media Framing of Diabetes in the *New York Times* from 2000 to 2010. *Health Communication*, 28(4), 351–358. <https://doi.org/10.1080/10410236.2012.688187>
- Stoll, L. C. (2019). Fat Is a Social Justice Issue, Too. *Humanity & Society*, 43(4), 421–441. <https://doi.org/10.1177/0160597619832051>
- Stunkard, A., LaFleur, W. & Wadden, T. (1998). Stigmatization of obesity in medieval times: Asia and Europe. *International Journal of Obesity*, 22(12), 1141–1144. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0800753>
- Sun, Y., Krakow, M., John, K. K., Liu, M. & Weaver, J. (2016). Framing Obesity: How News Frames Shape Attributions and Behavioral Responses. *Journal of Health Communication*, 21(2), 139–147. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1039676>
- Swami, V. (2015). Cultural Influences on Body Size Ideals Unpacking the Impact of Westernization and Modernization. *European Psychologist*, 20, 44–51. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000150>
- Temmann, L. J., Wiedicke, A., Schaller, S., Reifegerste, D. & Scherr, S. (2020, May 21). A Systematic Narrative Review of Responsibility Frames in Health-Related Media Content and Their Effects. 70th Annual ICA Conference, Virtual Conference.
- Thomas, S. L., Olds, T., Pettigrew, S., Yeatman, H., Hyde, J. & Dragovic, C. (2014). Parent and child interactions with two contrasting anti-obesity advertising campaigns: A qualitative analysis. *BMC Public Health*, 14(1), 151. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-151>
- Thoms, U. (2011). Der dicke Körper und sein Konsum im Visier von Wissenschaft und Politik in der DDR und der BRD. *Comparativ. Zeitschrift für Globalgeschichte und vergleichende Gesellschaftsforschung*, 21(3), 97–113.
- Toselli, S., Rinaldo, N. & Gualdi-Russo, E. (2016). Body image perception of African immigrants in Europe. *Globalization and Health*, 12(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12992-016-0184-6>
- Vartanian, L. R. & Porter, A. M. (2016). Weight stigma and eating behavior: A review of the literature. *Appetite*, 102, 3–14. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.01.034>
- Varul, M. Z. (2010). Talcott Parsons, the Sick Role and Chronic Illness. *Body & Society*, 16(2), 72–94. <https://doi.org/10.1177/1357034X10364766>
- Wadd, W. (1829). *Comments on corpulency: Lineaments of leanness, mems on diet and dietetics*. John Ebers; archive.org. <https://archive.org/details/commentsoncorpul00wadd> (01.10.2020)
- Wallack, L. M. (Ed.). (1993). *Media advocacy and public health: Power for prevention*. Newbury Park: Sage Publications.
- Wann, M. (2009). Fat Studies: An Invitation to Revolution. In *The Fat Studies Reader* (S. xi–xxvi). New York: NYU Press.
- Weiner, B. (1993). On sin versus sickness: A theory of perceived responsibility and social motivation. *American Psychologist*, 48(9), 957–965. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.48.9.957>
- Weiner, B. (2006). *Social motivation, justice, and the moral emotions: An attributional approach*. Manwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Weinert, S. (2017). *Der Körper im Blick: Gesundheitsausstellungen vom späten Kaiserreich bis zum Nationalsozialismus*. Berlin: De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110469011>
- Wiedicke, A., Ech-Chatbi, S. A. & Temmann, L. J. (2019). *The multiple faces of #bodypositivity: Users' reactions and discourses on Instagram* [Poster]. International Symposium of Anti Stigma Communication (ISASC), Dortmund.
- Wildmann, D. (1998). *Begehrte Körper: Konstruktion und Inszenierung des "arischen Männerkörpers" im "Dritten Reich"*. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- World Health Organization (2020). *World Health Statistics 2020: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. World Health Organization (WHO). <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics> (01.08.2020)

World Health Organization (2017). *Weight bias and obesity stigma: Considerations for the WHO European Region*. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/351026/WeightBias.pdf (01.08.2020)

Yoo, J. H. (2013). No Clear Winner: Effects of *The Biggest Loser* on the Stigmatization of Obese Persons. *Health Communication*, 28(3), 294–303. <https://doi.org/10.1080/10410236.2012.684143>

Yoo, J. H. & Kim, J. (2012). Obesity in the new media: A content analysis of obesity videos on YouTube. *Health Communication*, 27(1), 86–97. <https://doi.org/10.1080/10410236.2011.569003>

Zhang, Y., Jin, Y., Stewart, S. & Porter, J. (2016). Framing responsibility for depression: How U.S. news media attribute causal and problem-solving responsibilities when covering a major public health problem. *Journal of Applied Communication Research*, 44(2), 118–135. <https://doi.org/10.1080/00909882.2016.1155728>

DON'T SURRENDER

When tempted to over-indulge

"Reach for a Lucky instead"

Be moderate—be moderate in all things, even in smoking. Avoid that future shadow* by avoiding over-indulgence, if you would maintain that modern, ever-youthful figure. "Reach for a Lucky instead."

Lucky Strike, the finest Cigarette you ever smoked, made of the finest tobacco—The Cream of the Crop—"IT'S TOASTED." **Lucky Strike** has an extra, secret heating process. Everyone knows that heat purifies and so 20,679 physicians say that **Luckies** are less irritating to your throat.

LUCKY STRIKE
"IT'S TOASTED"
CIGARETTES

© 1930, The American Tobacco Co., Manufacturers

"It's toasted"

Your Throat Protection — against irritation — against cough.

*We do not say smoking **Luckies** reduces flesh. We do say when tempted to over-indulge, "Reach for a Lucky instead."

Abbildung 1. Lucky Strike-Werbung „Don't Surrender“ (1930).

IS THIS YOU FIVE YEARS FROM NOW?
When tempted to over-indulge
"Reach for a Lucky instead"

Be moderate—be moderate in all things, even in smoking. Avoid that future shadow* by avoiding over-indulgence, if you would maintain that modern, ever youthful figure. "Reach for a Lucky instead."

Lucky Strike, the finest Cigarette you ever smoked, made of the finest tobacco—The Cream of the Crop—"IT'S TOASTED." **Lucky Strike** has an extra, secret heating process. Everyone knows that heat purifies and so 20,679 physicians say that **Luckies** are less irritating to your throat.

"It's toasted"
Your Throat Protection — against irritation — against cough.

*We do not say smoking **Luckies** reduces flesh. We do say when tempted to over-indulge, "Reach for a **Lucky** instead."

Abbildung 2. Lucky Strike-Werbung „Is This You Five Years From Now?“ (1930).



Abbildung 3. Seite aus dem NS-Propaganda-Kinderbuch „Trau keinem Fuchs auf grüner Heid und keinem Jud auf seinem Eid“ von Elvira Bauer (1936, S.1).